

Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии

им. И.К. Ахунбаева

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Алдашев А.А.

Джумабеков А.С.

Кудаяров Д.К.

Мамакеев М.М.

Мамытов М.М.

Мурзалиев А.М.

Нанаева М.Т.

Раимжанов А.Р.

Редакционный совет

Абилов Б.А.

Адамбеков Д.А.

Акынбеков К.У.

Алымкулов Р.Д.

Бейшембиева Г.Дж.

Кадырова Р.М.

Калиев Р.Р.

Карасаева А.Х.

Кутманова А.З.

Кутгубаева К.Б.

Кутгубаев О.Т.

Кожокматова Г.С.

Кононец И.Е.

Молдобаева М.С.

Мусуралиев М.С.

Оморев Р.А.

Сатылганов И.Ж.

Сопуев А.А.

Тилекеева У.М.

Усупбаев А.Ч.

Чолпонбаев К.С.

Чонбашева Ч.К.

Шаршенов А.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92

КГМА.

Телефон: (312) 54 94 60

e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики.

Регистрационное свидетельство №002564.

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.

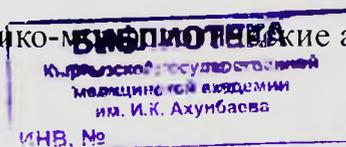
Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	2
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА	
Н.Н. Бримкулов	4
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Абдуллаева А.А. Социально- экономические предпосылки внедрения государственно – частного партнерства в секторе здравоохранения Кыргызской Республики	6
Жумабеков А.И., Акынбеков К.У. Организационные и управленческие аспекты развития стоматологической службы	10
Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгомбаева В.С., Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М. Эпидемиологический анализ распространенности паразитарных заболеваний в кыргызской республике (1960-2011 гг.).	15
ПРИГЛАШЕНИЕ К ДИСКУССИИ	
Вороненко Ю.В., Лысенко Г.И., Шекера О.Г. Семейная медицина во главе реформы здравоохранения украины	20
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Абдылдабекова К.Б. Ультразвуковое сканирование органов малого таза женщин как метод диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний придатков матки	27
Адамбекова А.Д., Адамбеков Д.А., Калмамбетова Г.И. Анализ XpertMTB/RIF в диагностике внелегочных форм туберкулеза в Кыргызской Республике	31
Береговой А.А., Джумагулова А.Ш. Клинико-эпидемиологические особенности Вирусного гепатита «А» у взрослых на современном этапе	34
Болотбек кызы Б., Бейшенбиева Г. Дж. Проявления менопаузального синдрома у женщин пожилого и старческого возраста, жительниц г. Бишкека	39
Жаманкулова М.К. Пластика грыжевых ворот по Лихтенштейну как эффективный метод лечения паховых грыж	42
Маматова Н.Э.	

СОДЕРЖАНИЕ

Оперативное лечение опущения и выпадения влагалища и матки у женщин с применением полипропиленовой сетки с титановым покрытием	45
Иванчикова Д.И., Сулейманов С.Ш. Анализ антибактериальной терапии у больных острыми миелоидными лейкозами с фебрильной нейтропенией в гематологическом отделении	49
Мамбетова М.К., Балабасова А.М., Кадырова Р.М., Айнабекова Н., Абдилбақы кызы А., Асанова А. Вирусный гепатит «А» с отечно-асцитическим синдромом у детей	57
Мусаев У.С., Жумадылов К.С. Диагностика и лечение больных с постхолецистэктомическим синдромом	64
Мусаева Н.А. Профилактика раневых осложнений в оперативной гинекологии	68
Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. В помощь практическому врачу. Роль коагулопатии при массивных акушерских кровотечениях и антифибринолитическая терапия	72
Омурбекова М.М. Акушерские исходы у женщин с преждевременной отслойкой плаценты	80
Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т., Джолбунова З.К., Халупко Е.А., Кадырова Р.М., Баялиева М.М., Алиева Г.М. Клинико-эпидемиологические особенности кори у детей старше 1 года	84
Токтогулов О.Ж. Профилактика осложнений после операций, выполненных по поводу послеоперационных вентральных грыж	88
Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Золотарева А.Ю., Байсеитова Ж.К. <i>Streptococcus pneumoniae</i> , как этиологический фактор развития ангины у детей	91
Шекера И.О. Обоснование необходимости коррекции нарушений лактации у женщин с доброкачественными дисплазиями молочных желез	96
Шекера О. О. Некоторые аспекты дескриптивной эпидемиологии заболеваний пародонта у беременных с акушерской патологией	100
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Осмоналиева С.Т. Самопроизвольные выкидыши: клинико-медицинские аспекты	104





Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала,

Новый номер журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева» посвящается Дням науки КГМА – 2013, которые пройдут 10-

13 апреля 2013г. В рамках Дней на 4 секционных заседаниях будет доложено 46 студенческих докладов, а на 3 симпозиумах – 41 сообщение аспирантов и молодых ученых. Кроме того, о самых последних достижениях науки сообщат в своих пленарных докладах наши ведущие ученые, а также гости из-за рубежа: профессора Барабарос Докумачы (Турция), Хироо Дохи (Япония), О.Г.Шекера (Украина), известный кардиолог, наш соотечественник Талантбек Батыралиев (Турция). На этом важнейшем мероприятии академии будут обсуждаться главные научные достижения сотрудников КГМА, включая результаты исследований аспирантов и студентов, за прошедший год. Состоятся также Школы для практических врачей и выставка фармацевтических препаратов ведущих фирм. В рамках Дней пройдет симпозиум Кыргызского комитета «Врачи за предотвращение ядерной войны», на котором о японском опыте медицинской помощи пораженным от радиации сообщит проф. Хироо Дохи, много лет возглавлявший Госпиталь Красного Креста в Хиросиме.

Проведение Дней науки позволит достичь многих целей. Конечно, в первую очередь, это обсуждение результатов работы аспирантов и молодых ученых, а также первых исследований студентов-кружковцев. Однако, сегодня проведение такой конференции стало необходимостью в свете реализации нового государственного образовательного стандарта подготовки врача. Ведь по новому ГОСу выпускник медицинского ВУЗа должен владеть исследовательскими компетенциями, уметь проводить поиск информации, анализировать научную литературу и статистические данные и многое другое. В современной медицине обследование любого пациента и разработка плана его лечения на самом деле являются небольшим, но серьёзным исследованием, требующим от врача как практических навыков, так и умения анализировать значительные объемы научной информации и делать соответствующие выводы. И в этом отношении участие в конференции даст студентам бесценный опыт.

Следует подчеркнуть, что специальные заседания будут посвящены памятным датам. Симпозиум «Инновации в хирургии» будет посвящен 105-летию со дня

рождения легенды кыргызской хирургии, академика Исы Коноевича Ахунбаева, имя которого с гордостью носит наша медицинская академия. 85-летнему юбилею великого ученого-физиолога и прекрасного педагога Санжарбека Бакировича Даниярова будет посвящено секционное заседание «Экспериментальная и фундаментальная медицина». Знакомство студентов с жизнью и деятельностью этих корифеев медицины Кыргызстана будет весьма полезным и поучительным.

В номере представлены работы, часть из которых будет обсуждаться на Днях науки. Несколько работ посвящено вопросам организации здравоохранения. В разделе «Приглашаем к дискуссии» мы поместили статью проф. Ю.В.Вороненко с соавт., в которой представлен большой опыт внедрения семейной медицины в Украине. Эта работа представляет значительный интерес для врачей Кыргызстана, продолжая предыдущие публикации на эту тему.

В последние годы в нашей стране ухудшились показатели женского здоровья, отмечаются высокие уровни материнской смертности. В связи с этим очень актуальными являются работы проф. М.С.Мусуралиева и соавторов, посвященные патологии беременности и родов. В номере опубликованы и другие статьи, которые будут полезны как преподавателям медицинских ВУЗов, так и практическим врачам.

Эти и другие материалы будут еще раз обсуждены на Днях науки КГМА – 2013 года. Желаю участникам Дней науки новых знаний, интересных встреч и захватывающих открытий!

Заместитель главного редактора,
проректор КГМА имени И.К.Ахунбаева по
клиническому обучению и научной работе, д.м.н.

Бримкулов Н.Н.

**СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ
ВНЕДРЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННО – ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА
В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.**

Абдуллаева А.А.

Частный медицинский центр «Ош - Кардио»,
Ош, Кыргызская Республика

Резюме: Сложившаяся объективная ситуация в секторе здравоохранения КР обуславливает необходимость внедрения государственно – частного партнерства для привлечения дополнительного финансирования со стороны частного сектора, т.к. государственный бюджет не в состоянии обеспечить достаточный уровень притока инвестиций.

Ключевые слова: Ключевые слова: государственно – частное партнерство, государственное здравоохранение, частный сектор, бюджет, бизнес среда, население, финансирование, ресурсы.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
СЕКТОРУНДА МАМЛЕКЕТТИК-ЖЕКЕ ОНОКТӨШТҮКТҮ ИШКЕ
АШЫРУУДАГЫ СОЦИАЛДЫК-ЭКОНОМИКАЛЫК ОҢТОЙЛУУ
ШАРТТАР**

Абдуллаева А.А.

«Ош - Кардио» жеке медициналык борбору

Корутунду: КР саламаттык сактоо секторунда түзүлгөн объективдүү жагдай жеке секторлор тарабынан кошумча финансы каражаттарын тартуу үчүн маалекеттик-жеке өнөктөштүктү ишке киргизүүгө шарт түзөт, анткени мамлекеттик бюджет инвестициянын жетишерлик денгээлде келүүсү менен камсыз кыла албайт.

Негизги сөздөр: маалекеттик-жеке өнөктөштүк, мамлекеттик саламаттык сактоо, жеке сектор, бюджет, бизнес чөйрөсү, калк, каржылоо, ресурстар.

**SOCIO-ECONOMIC PRECONDITIONS FOR IMPLEMENTING
STATE-PRIVATE PARTNERSHIP IN THE HEALTH SECTOR OF THE
KYRGYZ REPUBLIC**

Abdullaeva A.A.

Private Medical Centre “Osh – Cardio”

Abstract. The existing objective situation in the health sector of the Kyrgyz Republic creates a need for implementing state-private partnership in order to attract additional funding from the private sector because the state budget cannot provide a sufficient influx of investments.

Key words: state-private partnership, state health system, private sector, budget, business environment, population, financing, resources

Социально - экономические предпосылки внедрения государственно – частного партнерства в секторе здравоохранения Кыргызской Республики определяются объективной ситуацией, сложившейся в государственном секторе здравоохранения республики. Государственные организации в секторе здравоохранения представлены в виде организационно-правовой формы «учреждение», которые требуют значительных финансовых средств на их содержание (Концепция совершенствования системы здравоохранения с учетом развития частной медицины, 2012 г. – Концепция (2)). По данным

приведенным в Концепции, финансирование организаций здравоохранения является недостаточным для их деятельности, что отражается на качестве оказания медицинской помощи. Из существующих 515 организаций здравоохранения - 337 (65%) финансируются из Фонда обязательного медицинского страхования – ФОМС (система Единого плательщика) и 178 (14%) – из средств Министерства здравоохранения. По уточненному бюджету подведомственных организаций Министерства здравоохранения в 2011 г. из запланированных по республиканскому бюджету выделено 2 245,9 млн. сомов (96%). Исследование, проведенное

международными консультантами («АОК» Германия, 2008 год) показало, что дефицит в финансировании Программы государственных гарантий (ПГГ) в КР, составляет 37%. По данным исследования, проведенного компанией AGEГ (Германия), в 2009 году отмечается более значительный дефицит в оплате стоимости лечения по отдельным нозологиям по ПГГ: например, недофинансирование одного случая лечения бронхиальной астмы составило 63%. В Концепции, отражено, что «имеющиеся средства бюджета и дополнительные средства, поступающие от сооплаты пациентов, не позволяют лечебно – профилактическим организациям предоставлять качественные медицинские услуги в полном объеме. Не хватает средств на модернизацию оборудования, техническое обслуживание, укрепление инфраструктуры, повышение профессионального уровня персонала, для закупки в полном объеме лекарственных средств и другое» (2).

Низкий уровень материально-технической базы учреждений здравоохранения, отсутствие возможности внедрения высоких технологий не обеспечивают оказание медицинских услуг в соответствии с международными стандартами (Абдраманов К.А., 2010 г., 2012 г., Бейшембаев М., 2010 г., Батыралиев Т., 2010 г., 2011 г., Осмонов Д., 2011 г., Жээналиев А., 2012 г. и др.). По данным д.м.н., профессора Абдраманова К.А (3) «головые учреждения страны по сердечной хирургии и кардиологии НИИ хирургии сердца и Национальный центр кардиологии в своем оснащении имеют по одной, бывшей в употреблении, ангиографической системе 2000 года выпуска! По всем остальным показателям мало чем отличаются от областных и городских кардиологических отделений». Профессор М. Бейшембаев (7) отмечает, что врачи Ошской областной больницы «выполняют операции и малые, и большие, и экстренные без аппарата для искусственной вентиляции легких! вручную с помощью мешка Амбу!». А.Жээналиев (9), пишет, «что в отсутствии самого элементарно необходимого, мои коллеги оперируют детей с врожденными пороками сердца, при этом ни капельки не осознавая, того что они совершают

преступление; врачи оперируют в условиях, в которых нельзя оперировать вообще». В статье Е. Иващенко (16) «Пересадка почек по-киргизски: ни врачей, ни оборудования, ни денег. А две операции сделали» приведены основные проблемы, связанные с трансплантацией органов, озвученные профессором Т. Осмоновым: отсутствие необходимой аппаратуры и оборудования, изношенность инструментов, которым более 30 лет, отсутствие кадров. По данным профессора К.Узакбаева «нет специальной лаборатории, где можно было бы провести исследование тканевой совместимости; нет необходимого оборудования для послеоперационного ведения больного; необходимость брать не достающуюся аппаратуру напрокат, проблемы подготовки кадров».

Другой проблемой, которая также напрямую связана с недофинансированием здравоохранения, является проблема недостаточности высококвалифицированных кадров, включая узкоспециализированные кадры (Батыралиев Т.А., 2011г., Абдраманов К.А., 2012 г., Осмонов Д., 2010 г., 2011г., Маманов М., 2010 г. и др.). По данным американского издания САСI «сотни молодых специалистов, ученых и докторов наук покинули Кыргызстан; у молодых специалистов нет высокой мотивации вернуться в КР после учебы за рубежом, так как в данное время Кыргызстан не в состоянии предложить своим талантливым молодым специалистам конкурентоспособную заработную плату» (14).

Имеющиеся проблемы в секторе здравоохранения стали основной причиной роста неофициальных выплат непосредственно медицинскому персоналу, что находит свое подтверждение как в средствах массовой информации (СМИ), так признается и официальными лицами. При этом неформальные платежи являются личными доходами медицинского персонала и не влияют на развитие здравоохранения и обеспечение лечебного процесса. Проявления коррупции наблюдаются на всех уровнях здравоохранения (13, 17,18). Координатор программ Бюро по правам человека и соблюдения законности Зульфия Марат отмечает, что «в Кыргызстане от реформ в сфере

здравоохранения выиграли чиновники; врачи и медработники унижены низкой зарплатой и необходимостью «финансового шантажа» своих пациентов» (13). Игорь Роджер (доктор медицины, Стэнфорд, США), давая оценку реформам здравоохранения в КР в качестве эксперта отмечает, что «преобладающее большинство медицинских работников вовсе не являются какими-то порочными людьми изначально, но увы, само положение дел в отрасли таково, что лучшие ее представители всю жизнь сидят на одном месте, в то время как наиболее коррумпированные обогащаются и делают карьеру» (18).

Такое положение в секторе здравоохранения не может не отражаться на показателях, и по данным Национального Статистического Комитета Кыргызской Республики «по причине наличия серьезных проблем в системе здравоохранения страны, Кыргызстан по продолжительности жизни занимает 97 место, по детской смертности 98, по распространенности туберкулеза 93 место и малярии 77 место в мире».

Улучшить положение в здравоохранении должны были проводимые в стране различные реформы. Однако по оценкам зарубежных экспертов, «цель проводимых реформ не была достигнута и должны быть официально признаны правительством неудачными, приведшими отрасль к кризису, а население - к опасной черте полной утраты права на бесплатное здравоохранение. А все кредиты, выданные Всемирным банком в области здравоохранения, надо признать нелегитимными, то есть такими, которые не подлежат выплате. Они были навязаны правительству страны в нарушение законодательства Кыргызстана и процедур ВБ» (13).

Для решения существующих проблем в секторе здравоохранения, особую актуальность приобретает необходимость привлечения дополнительного финансирования со стороны частного сектора, т.к. государственный бюджет не в состоянии обеспечить достаточный уровень притока инвестиций. В настоящее время на всех государственных уровнях в Кыргызстане рассматриваются вопросы сотрудничества

государства с бизнес средой в различных отраслях, в том числе социальной сфере (здравоохранение, образование и др.). При этом государство ориентируется на выполнение функций, связанных с общенациональными интересами, а бизнес среда, является источником прироста общественных благ. По зарубежному опыту одним из прогрессивных способов такого сотрудничества является государственно – частное партнерство (ГЧП) – (Public Private Partnership – PPP). ГЧП позволяет привлечь частные инвестиции в различные проекты, имеющие важное государственное и социальное значение, а также появляется возможность использования управленческого опыта частных предпринимателей в улучшении качества предоставления общественных услуг (2, 8, 10, 11). По опыту зарубежных стран и стран ближнего зарубежья, наблюдается динамика роста участия бизнеса в совместных с государством инфраструктурных проектах (8,10,11). Результатом использования различных моделей государственно-частного партнерства являются решения проблем по привлечению дополнительных инвестиций, эффективного менеджмента и повышение качества социальных обязательств государства перед населением страны, внедряются новые технологии, снижается бюджетная нагрузка, улучшается качество оказываемых услуг и др. (2).

Развитие государственно-частного партнерства (ГЧП) в Кыргызстане позволит значительно повысить эффективность привлечения инвестиций в стратегически важные отрасли государства, в том числе и в сектор здравоохранения (2, 11). Наибольшую актуальность для Кыргызстана государственно – частное партнерство приобрело после принятия закона о ГЧП, отвечающего международным требованиям (1). Принятие нового закона требует дальнейшей отработки механизмов и процедур ГЧП. Несмотря на признание этой формы сотрудничества одним из важнейших инструментов повышения национальной конкурентоспособности, внедрение механизмов государственно-частного партнерства в практику идет медленными темпами. Не решены методологические вопросы перехода

к партнерским отношениям государства и бизнеса. Отсутствует должный опыт такого партнерства, не достаточно развита законодательная и нормативная база на всех уровнях, что является сдерживающим фактором внедрения государственно-частного партнерства в Кыргызстане и обуславливает проведения дополнительных исследований данной проблематики в целом, и в частности в секторе здравоохранения (11).

Литература:

1. Закон Кыргызской Республики “О государственно-частном партнерстве в Кыргызской Республике”, Бишкек, 22.02. 2012 г.
2. Концепция совершенствования системы здравоохранения с учетом развития частной медицины и межсекторных договорных отношений, Бишкек, 2012 г. – Концепция
3. Абдраманов К. Мы солдаты медицины!, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 19.12.2012.
4. Абдраманов К. О реформе здравоохранения в Кыргызстане, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 16.03.2010
5. Батыралиев Т. К будущему главе правительства или шпаргалка для политических деятелей, которые кормят народ социальными реформами, вернее обещаниями, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 23.09.2010 г.
6. Батыралиев Т. Молодые врачи лечат сердечно-сосудистые заболевания лучше, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 31.05.2011 г.
7. Бейшембаев М. Медицина экстремальная или почему нужна кардинальная реформа в медицине? Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 24.05.2010 г.
8. Валесян А.А. Перспективы использования механизма частно-государственного партнерства (ЧГП) в развитии здравоохранения России, М., 2009 г.
9. Жээналиев А. Операции без необходимых условий – это преступление, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 05.03.2012 г.
10. Каликова Г. О государственно – частном партнерстве в КР, Бишкек, 2012 г.
11. Койчуманов Т. Государственно-частное партнерство – объединение ресурсов и потенциалов государства и бизнеса, Бишкек, Бизнес и экономика, 04.08.2010 г.
12. Маманов М. Насильно мил не будешь, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 07.09.2010 г.
13. Марат З. В Кыргызстане от реформ в сфере здравоохранения выиграли чиновники Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 18.03.2011 г.
14. Осмонов Д. Необходимы устойчивое управление и социальные реформы , Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 30.07.2010
15. Осмонов Д. Высокая технология по приоритетности, Бишкек, (АКИpress) – Здоровье, 27.02.2011 г.
16. Иващенко Е. Пересадка почек по-киргизски: ни врачей, ни оборудования, ни денег. А две операции сделали, Международное информационное агентство «Фергана», 01.08. 2012 г.
17. Роджер И. Без социальных реформ революция – переворот, Бишкек, (АКИpress)– Здоровье, 20.08.2010 г.
18. Роджер И. Больная медицина и отсталое здравоохранение, Бишкек, (АКИpress)– Здоровье, 09.12.2011 г.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данном сообщении обобщены организационные и управленческие аспекты стоматологической службы за пределами нашей республики. В статье также предложены рекомендации по введению в нашей стране страховой системы.

Ключевые слова: государственная собственность, страхование, частная система.

**СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТЫНЫН УЮШТУРУУЧУЛУК
ЖАНА БАШКАРУУЧУЛУК ТҮЗҮЛҮШҮНҮН ОНУГҮҮСҮНҮН
АСПЕКТИЛЕРИ**

Жумабеков А.И., Акынбеков К.У.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада чет мамлекеттердин стоматологиялык кызматынын уюштуруучулук-башкаруучулук түзүлүшүнүн ар кандай түрлөрү изилденген. Биздин өлкөгө камсыздандыруу системасын киргизүүгө сунуштар бар. **Негизги сөздөр:** мамлекеттик менчиги, камсыздандыруу, жеке индивидуалдык системасы.

**ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT ASPECTS OF
DEVELOPMENT OF PUBLIC DENTAL CARE**

Zhumabekov A.I., Akynbekov K.U.

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: This article summarizes the organizational and management aspects of dental care abroad. This article also offers recommendations for the introduction to our country the insurance system of dental care.

Key words: State system of dental care, insurance system, private system.

Введение.

Сегодня весь мир можно разделить на три группы стран, где преобладает частная, страховая или государственная система стоматологической помощи населению. Эти системы постоянно развиваются и совершенствуются. Стало очевидным, что развитие неограниченной частной практики не допускается ни в одной цивилизованной стране, но эта система не только сохраняется, но и успешно решает многие проблемы охраны стоматологического здоровья населения, особенно в плане повышения личной ответственности и мотивации пациента, а также совершенствования качества лечения [1,3,4,5,6,14,15].

Рассмотрим наиболее типичные примеры развития систем стоматологической помощи населению в избранных странах (табл. 1).

В Алжире до 1962 года, т.е. до получения независимости, в стране стоматологическая

помощь населению оказывалась исключительно частнопрактикующими стоматологами, получившими образование во французских университетах. Оплата лечения была прямая, т.е. пациент платил непосредственно врачу. С приобретением самостоятельности Алжир потерял почти всех стоматологов, так как они покинули страну [2].

В переходный период времени, который длился 12 лет, до 1974 года, были подготовлены национальные кадры для стоматологической помощи в количественном соотношении 1 стоматолог на 34 тысячи населения. Для лечения населения были открыты медико-социальные центры, поликлиники и госпитали, в которых оказывали стоматологическую помощь за небольшую плату, а некоторым категориям граждан – бесплатно. В этот период существовал также частный сектор с прямой оплатой или через страховые агентства. С 1974

Таблица 1 - Системы стоматологической службы за рубежом

Страны	Государственная (общественная) система	Частная система	Страховая система
Алжир	С 1974 г.	До 1962 г.	
Чехия	С 1966 г.	До 1900 г. С 1990 г.	1948-1966 гг. С 1990 г.
Финляндия	1909-1972 гг.	До 1909 г.	
Англия	С 1907-1917 гг. 1946 г. (для всего населения)	До 1907 г.	С 1907-1926 гг.

года серией законодательных актов система стоматологической помощи в Алжире приобрела следующие организационные формы: частная практика разрешена только в сельских районах, исключительно для алжирских стоматологов после семи лет обязательной работы в государственном секторе стоматологической помощи. Кроме этого, стоматолог, имеющий кабинет, должен пять дней с утра отработать в государственной амбулатории. Разрешение на частную практику выдается Министерством общественного здоровья. Модель стоматологической помощи в Алжире характерна для большинства развивающихся стран Среднего и Ближнего Востока [9,10].

До 1900 года на территории, которая образовалась как Чехословакия, а теперь Чехия, была частная система стоматологической помощи с прямой оплатой. В течение последующего периода вплоть до 1948 года большинство частных стоматологов работали в системе страховых компаний, которые в 1948 году преобразовались в национальную страховую службу, а с 1966 года в государственную социалистическую систему. Введен участковый принцип обслуживания населения и нормативы приема пациентов. До 1990 года лечение было бесплатное. Частная практика разрешалась, но

была очень лимитированной. Примерно с 1990 года по настоящее время в стране происходит преобразование государственной системы обратно в страховую и частную.

Большинство стоматологических поликлиник закрыты или кабинеты в них арендуются частными врачами. Кабинеты организованы также в квартирах и других помещениях, где только возможно. Работа стоматологов организована таким образом, что деньги за лечение большинства пациентов и в первую очередь детей они получают от государства по предъявлению отчета о проделанной лечебной работе. В других случаях пациенты платят за лечение непосредственно врачу [9].

Как известно, для Финляндии характерны высокое качество стоматологической помощи и резкое снижение заболеваемости населения. До 1909 года в стране была только частная система. В 1909 году в Финляндии была организована общественная стоматологическая помощь школьникам, которая постепенно развивалась до полного охвата школьников в 1972 году. Общественная система стоматологической помощи также охватывала студентов, военных, инвалидов и престарелых людей. Для других групп населения стоматологическая помощь

оказывалась частными стоматологами и оплачивалась напрямую пациентом врачу в полном объеме. Страховой системы в Финляндии не было. С 1972 года в Финляндии введен закон о расширении общественного сектора на все население страны. Организованы центры здоровья, каждый из которых обслуживали примерно 10 тысяч человек. В задачи этих центров входили профилактика, воспитание здорового образа жизни, а также регулярные осмотры, обучение гигиене. Лечение частично оплачивалось пациентами, но его стоимость значительно меньше, чем в частных кабинетах [4,5].

Первая общественная стоматологическая клиника открылась в Англии в 1907 году для лечения школьников. В течение 10 лет программа расширялась для всех младших школьников, а также беременных и кормящих женщин. Параллельно вводилась страховая система, которая позволила уже к 1926 году получать возмещение затрат на лечение у частных врачей для половины населения страны. В 1946 году в стране введена общественная стоматологическая система для всего населения. Однако врачи-стоматологи работали в своих частных кабинетах. Система администрировалась Национальным департаментом здоровья, который осуществлял планирование, финансирование и оценку результатов работы общественной системы. Каждый житель в Англии может выбирать врача по своему усмотрению. Как правило, это семейные врачи-стоматологи широкого профиля. Дорогостоящее стоматологическое лечение, например протезирование, пациент частично (50%) оплачивает, а остальные 50% государство оплачивает врачам зарплату согласно заключенному контракту для обслуживания населения [11].

Лечение в государственных поликлиниках бесплатное. Кроме государственной системы в Англии есть также частная система, куда могут обратиться все желающие [10].

Страховая стоматологическая помощь.

Система впервые появилась в Центральной Европе, Австро-Венгрии и Германии, как уже было указано в 80-х годах прошлого века, а затем в период между первой и второй мировыми

войнами – в Чехословакии, Польше, Румынии и Югославии. В 40-х годах текущего столетия страховая стоматология распространилась на Бельгию, Данию, Францию, и Нидерланды, а также частично внедрена в Греции, Италии и Испании [2].

Система страховой стоматологической помощи – это одна из форм индивидуального страхования, которая финансируется из средств, внесенных застрахованным пациентом [6].

Вначале страхование было ограничено только для рабочих. В рамках страховки можно было рассчитывать на удаление зубов без анестезии. Постепенно объем страховой стоматологической помощи расширялся по трем направлениям:

охват всех рабочих и служащих, государственных и частных предприятий и учреждений;

охват семей стоматологической помощью; увеличение объема стоматологической помощи, включая все хирургические операции, пломбирование зубов и частично ортодонтическое и ортопедическое лечение.

Стоматологи в названных выше странах вначале сильно препятствовали внедрению страховой системы, опасаясь ограничений их свободной профессии и снижения качества лечения. Частично эти опасения оправдались. В настоящее время в странах, где функционирует страховая система, стоматологи удовлетворены платой страховых компаний за их работу и больше не протестуют, как это было при внедрении системы [7].

Государственная система стоматологической службы.

Первые зачатки государственной системы появились еще во времена внедрения страховой системы, т.е. 110-115 лет назад. В основе зарождения системы были активисты, частные врачи стоматологи, которые на коммунальном уровне ставили перед властями вопросы финансирования программ стоматологической помощи школьникам. Первая программа общественной стоматологической была организована в конце прошлого века в городах Страсбурге и Цюрихе.

В 20-х годах текущего столетия программы

государственной системы стоматологической помощи широко распространились во многих европейских странах и включили не только школьников, но беременных женщин, а также другие группы населения повышенного риска к болезням зубов.

Направления развития государственной системы:

- систематическое лечение школьников;
- систематическое лечение других групп населения повышенного риска;
- коммунальная профилактика;
- общественное финансирование программ лечебно-профилактической стоматологической помощи для всего населения страны.

Согласно документам ВОЗ, теория и практика систематического стоматологического лечения школьников в рамках государственной системы была разработана и апробирована в Германии [2,3].

Индивидуальная медицинская деятельность в системе стоматологической помощи населению (частная система).

Наиболее важные задачи частной системы:

быть доступной для заботы о стоматологическом здоровье общества в удобное время для пациента, в дружелюбном приятном окружении;

обеспечить высококачественную стоматологическую помощь пациентам в комфортабельных условиях;

сделать всевозможное для предотвращения или снижения интенсивности зубных болезней.

Частная практика стоматолога – это одна из систем стоматологической помощи населению, при которой стоматолог принимает избранное число пациентов, оплачивающих полную стоимость лечения. До начала XX века частная практика была единственной системой стоматологической помощи. Затем она была уменьшена под влиянием развившейся альтернативной системы – общественного здравоохранения.

Неограниченная частная практика в первоначальном ее виде существует в настоящее время только в некоторых странах Средиземноморья. Однако по мере

индустриализации стран и роста числа людей, занятых на производстве, развивается страховая система. С увеличением экономического потенциала стран и ростом количества стоматологов наблюдается тенденции внедрения общественной системы стоматологической помощи, по крайней мере, неотложной, для всего населения.

В некоторых Европейских странах, например Исландии, Норвегии, Швейцарии, частная практика остается основной формой стоматологической помощи взрослому населению. Для этих стран характерно высокое качество стоматологической помощи и большая обеспеченность стоматологами. Спор на стоматологическую помощь легко удовлетворяется. В то же время в этих странах возросла ответственность за здоровье населения на административных уровнях, в результате чего появилась общественные программы для детей. В настоящее время и в скандинавских странах наблюдается тенденция ограничения частной практики за счет расширения общественных программ.

В большинстве стран Европы частная практика является дополнением страховой системы, так как страховая система не покрывает стоимость такого вида лечения, как ортопедическое. В странах Восточной Европы до недавнего времени, частная система была ограничена и ею пользовалась только та часть населения, которая не получала желаемые виды лечения и качество в государственном секторе. В некоторых странах (Болгария, Румыния) до перестройки частная практика была полностью запрещена [2,5,8,9,10].

В настоящий момент в Кыргызской Республике функционируют две формы системы: обязательная (государственная) и частная. Рекомендации по введению страховой системы стоматологической помощи населению, повлекут за собой следующие изменения:

врач-стоматолог получит уверенность в своих доходах, благодаря росту заинтересованности населения поддерживать свое здоровье;

с ростом экономического потенциала страны увеличатся страховые взносы и

соответственно доходы стоматолога.

Таким образом, как было очевидным на приведенных примерах, сама система (частная, страховая или государственная) это, по сути, только определенные структуры и рычаги, с помощью которых реализуются цели обеспечения стоматологического здоровья населения.

Литература:

1. Аврамова, О.Г., Леонтьев, В.К. Перспективы разработки профилактических стоматологических программ в России (исторический и ситуационный анализ) // Стоматология. – 1998, – № 2, – С. 11-18.
2. Борисенко, Л.Г., Агиевцева, С.В. Профилактика болезней периодонта среди взрослого населения с использованием индивидуальных средств гигиены // Здоровоохранение.- 1996, - № 10, - С. 54-55.
3. Ковальский В.Л. Научное обоснование концептуальной модели реформирования стоматологической помощи детскому населению крупных городов. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2002, – 29 с.
4. Корсун, К. Ю. Особенности формирования сети государственных стоматологических учреждений в различных регионах Российской Федерации / К. Ю. Корсун // Стоматология. – 2002, - №6, – С. 57-60.
5. Корчагин, В.П. Проблемы финансирования здравоохранения / В.П. Корчагин // Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. – М., 1996, – С. 9-17.
6. Леонтьев, В.К., Шестаков, В.Т., Воронин, В.Ф. Оценка основных направлений развития стоматологии. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003, – 280 с.
7. Леус, П. А. Коммунальная стоматология / П. А. Леус // Производственно-практическое издание для стоматологов. – Минск, 2000, – С. 105- 146.
8. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов 782. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1991.
9. Панкевич, И.И. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний среди населения Республики Беларусь. // Здоровоохранение. 1996, - №7, - С. 8-9.
10. Пахомов, Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению / Г.Н. Пахомов // - М., 1983, - 207 с.
11. Система организации стоматологической помощи населению России / [В.Г. Бутова, В.Л. Ковальковский, Н.Г. Ананьева]. – М.: Медицина, 2005, – С. 38-43.
12. Современные достижения в стоматологии. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Серия технических докладов 826. Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 1994.
13. Терехова, Т.Н. Применение фторидов для массовой профилактики кариеса зубов / Т.Н. Терехова// Здоровоохранение.- 1996,- № 7, - С. 14-15
14. Orda V.N. Multinationale Studie zur Ermittlung des gerostomatologischen Behandlungsbedarfs – Ergebnisse und Empfehlungen. WHO, 1994.
15. Petersen P.E., Staehr Johansen K. Oratel telematic system for quality assurance in oral health care/ Computer methods and programmes in biomedicine. 1994, - V. 45(4). P. 3.
16. Widstrom E., Eaton K. Systems for the provision of oral health care, workforce and costs in the EU and EEA. Stakes, Finland, 1999. 34 p.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ПАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКЕ (1960-2011 ГГ.).**

**Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгомбаева В.С.,
Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Наши данные свидетельствуют о том, что паразитарные заболевания в нашей республике остаются на высоком уровне. Это связано с хозяйственной деятельностью населения, низким уровнем санитарно-гигиенических знаний и гигиенических навыков у значительной части населения. Уязвимой частью по паразитарным заболеваниям являются дети в возрасте до 14 лет. Остается острой проблемой нехватка кадров, имеющих опыт работы в области паразитологии по республике.

Ключевые слова: Энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз, профилактика, инвазия.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ПАЗИТАРДЫК
ООРУЛАРДЫН ТАРАЛУУСУНУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК
АНАЛИЗИ (1960-2011)**

**Раимкулов К.М., Куттубаев О.Т., Тойгомбаева В.С.,
Мамбет кызы Г., Ханбутаева Г.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Биздин маалыматтар боюнча республикабыздагы паразитардык оорулардын жогорку денгээлде экендиги аныкталган. Бул өлкөдөгү калктын басымдуу бөлүгүнүн санитардык гигиеналык билиминин төмөндүгүнө жана чарбачылык иштерине байланыштуу. Паразитардык ооруларга кабылгайдардын көп бөлүгүн 14 жашка чейинки өспүрүмдөр түзөт. Республикабызда паразитология областындагы адистердин жетишсиздиги курч көйгөйлөрдүн бири болуп калат.

Негизги сөздөр: Энтеробиоз, аскаридоз, лямблиоз, алдын алуу чаралары, жугуу жолдору.

**EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF DISTRIBUTION OF
PARASITICAL DISEASES IN KYRGYZ REPUBLIC
(1960 – 2011)**

**Raimkulov K.M., Kuttubaev O.T., Toigombaeva V.S.,
Mambet kyzy Gulina, Hanbutaeva G.M.**

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Our dates indicate that the parasitic diseases reach high level in our Republic. It is jointed with agriculture and the poor level of personal hygiene of population. The children are amenable for those diseases, mostly. The deficiency of staff in parasitological works, remain as big problem.

Key words: enterobiasis, ascariidosis, giardiasis, prevention, invasion

Актуальность темы: Гельминтозы – обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами, в значительной степени определяющая состояние здоровья населения.

Глистные инвазии достаточно широко распространены среди населения земного шара. По современным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), четвертая часть населения Земли (1,4 млрд. человек)

инфицирована кишечными паразитами. Из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания.

Для медицинской науки и практического здравоохранения паразитозы человека являются серьезной проблемой. Этот класс болезней остаётся ведущим среди причин смертей человечества в настоящее время. По числу больных в мире, заражения кишечными

гельминтозами занимают третье место. Паразитарные болезни являются причиной задержки психического и физического развития у детей, снижают трудоспособность взрослого населения. Каждый паразит наносит вред своему хозяину своим присутствием, как инородное тело и механическое повреждение тканей и сосудов зависит от его массы. Продукты жизнедеятельности паразитов обладают антигенными свойствами, вызывающими иммунологическую активность, аллергию или подавление иммунитета. [1]

По оценке Всемирного Банка, кишечные гельминтозы по причиняемому экономическому ущербу стоят на четвертом месте среди болезней и травм после диарей, туберкулеза и ишемической болезни сердца.

Однако за многие тысячелетия паразиты сумели приспособиться к разнообразным условиям существования, в том числе и в человеческом организме настолько хорошо, что организм хозяина со временем привыкает к паразитам и сам опознать и уничтожить их не в состоянии. Более того, за последнее время все больше и больше регистрируются случаи сосуществования паразитов различных таксонов, в организме одного хозяина. Такие паразиты приводят организм к дисбалансу и ставят под угрозу жизнь человека.

Общеизвестно, что Кыргызстан был и остается неблагополучным регионом по распространенности паразитарных заболеваний. Ежегодно в среднем по данным официальной статистики регистрируется от 35 до 45 тысяч различных паразитарных болезней, однако, с учетом поправочного коэффициента истинное число их может составлять от 350 до 500 тысяч, что во много раз превышает уровень заболеваемости всеми кишечными инфекциями. Инвазированность населения по данным ДЭН варьирует от 36% до 72,8%. Среди выявленных инвазированных 80% дети [1].

Эхинококкозы в настоящее время занимают четвертое место по уровню заболеваемости с ежегодным темпом прироста около 3,5%. А по интенсивности роста заболеваемости эти гельминтозы занимают третье место в ряду всех инфекционных болезней, уступая первенство лишь туберкулезу и сифилису [2]. Для снижения уровня

инвазированности населения и улучшения качества жизни необходимо детальное изучение эпидемиологических особенностей регистрируемых среди населения паразитарных заболеваний и факторов, способствующих заражению.[1]

Таким образом, существующая ситуация настоятельно потребовала изучить распространенность паразитарных заболеваний в республике.

Цель работы: изучение распространенности паразитарных заболеваний по республике, для определения современной ситуации в Кыргызской Республике с гельминтозами.

Материалы исследования. Отчетные данные медицинских учреждений республики и Департамента профилактики заболевания и экспертизы Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (ДПЗиЭ МЗ КР).

Метод исследования: ретроспективный анализ статических медицинских отчетов ДПЗиЭ МЗ КР.

Результат и их обсуждение.

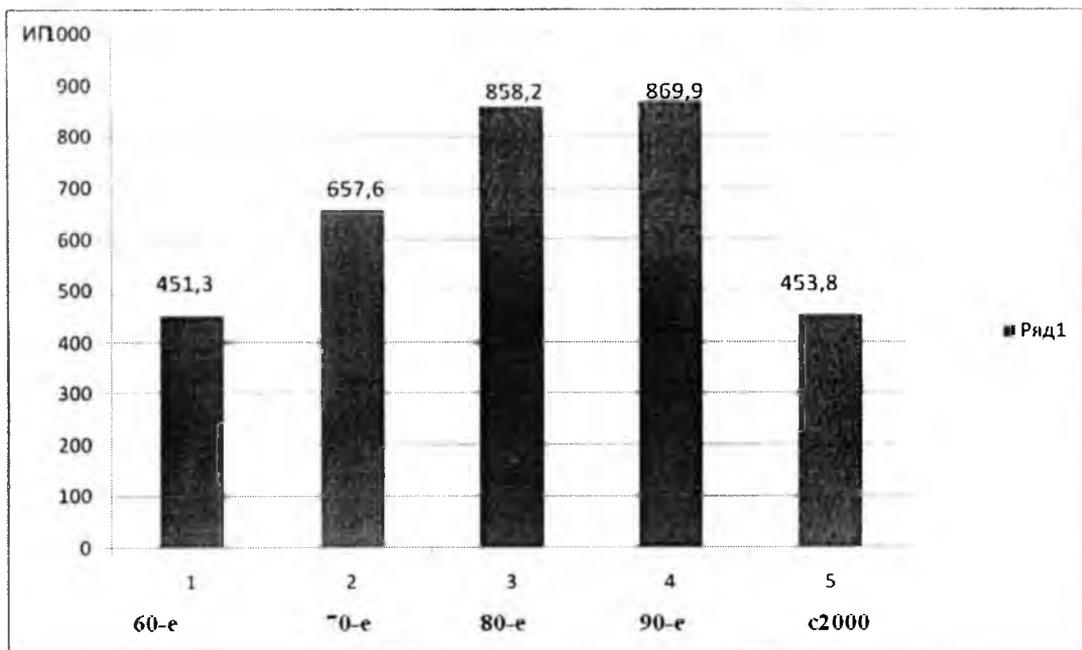
Гельминтозы в Кыргызской Республике составляют около 99% всех паразитарных заболеваний, регистрируемых в республике. Если сопоставить показатели заболеваемости отдельными гельминтозами и инфекционными болезнями, то отмечается, что даже регистрируемая заболеваемость гельминтозами была выше, чем массовые инфекции. Так, заболеваемость энтеробиозом в несколько раз превосходила уровень заболеваемости всеми острыми кишечными инфекциями. Заболеваемость аскаридозом была выше заболеваемости бактериальной дизентерией.

На территории страны встречается около 20 видов гельминтов и простейших. Для удобства анализа и сравнения мы разделили, анализируемые 51 год на три промежутка по 16 – 17 лет (1960-1976 гг, 1977-1994 гг, 1995-2011 гг.).

По частоте регистрации среди населения республики на первом месте стоит энтеробиоз. Всего за анализируемый период (1960-2011гг.) было выявлено 1192666 инвазированных энтеробиозом.

За период 1960 по 1976 годы, удельный вес энтеробиоза составлял всего 26,25%

Рис. 1 Многолетняя динамика заболеваемости энтеробиозом за период 1960-2007гг.



В следующие 17 лет (1977 – 1994 гг.) удельный вес вырос в 2,8 раза, составив 73,5%, и за период 1995 по 2011 годы он вырос еще в 3 раза по сравнению с первоначальным показателем.

Увеличение удельного веса энтеробиоза в структуре регистрируемых гельминтозов связано со многими причинами:

жизненный цикл острицы мало зависит от условий окружающей среды;

легкая передача инвазии, контактно-бытовым путем;

Высокая зараженность у детей дошкольного и младшего школьного возраста, в связи с нарушением санитарно-гигиенического режима в детских коллективах.

Применение простого метода соскоба или липкой ленты при диагностировании паразитарных заболеваний, которыми выявляют только яйца остриц.

За анализируемый период, отмечался рост заболеваемости энтеробиозом по всей республике, (рис. №1).

Если распространенность инвазии рассмотреть по областям, то в Иссык-Кульской области в 2000-е годы заболеваемость этой инвазией, по сравнению с 60-ми годами, выросла в 7,8 раза, г. Бишкек – 4,7, в Ошской – в 1,5 и в Нарынской области – 1,4 раза. В Чуйской и Таласской областях уровень заболеваемости сохранял относительно стабильную тенденцию.

Анализ интенсивности распространения энтеробиоза в последующие 17 лет (1995 – 2011 гг.) по территориям республики показал, что высокий уровень заболеваемости (более 700 на 1000 обследованных), имел место в Иссык-Кульской области. Средний многолетний интенсивный показатель составил 543, а минимальный и максимальный 267 и 742 соответственно. Средний уровень заболеваемости (от 400 до 600) имели четыре области: Чуйская, Нарынская, Таласская и Жалал-Абадская, а также Бишкек. Низкий уровень заболеваемости имели две области – Ошская и Баткенская. Однако необходимо отметить, что данные официальной статистики не отражают истинную картину инвазированности населения республики. Например, по данным первичного исследования детей Баткенской области

Рис. 2. Результаты полевого изучения истинной распространенности паразитозов 2007-2009гг. (на 1000 обследованных)

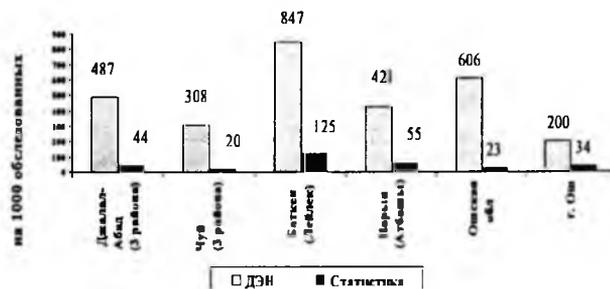
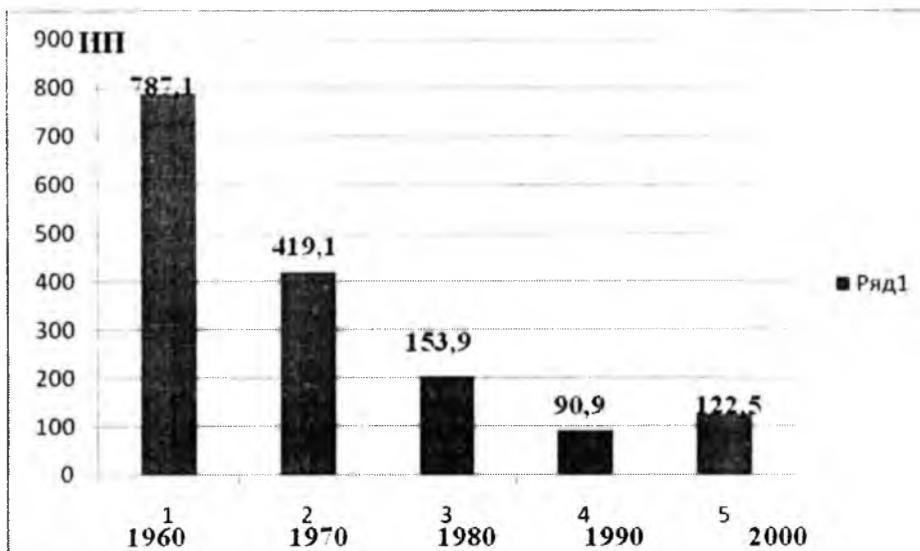


Рис. 3 Многолетняя динамика заболеваемости аскаридозом в КР за период 1960-2007гг



больше 50% исследованных детей оказались инвазированы тем или иным паразитом, при этом наиболее часто выявлялся энтеробиоз, аскаридоз и лямблиоз. Энтеробиоз выявлен в 55,3%, аскаридоз - 51%, лямблиоз - 43%, а гименолепидоз - 8,9%. Микст инвазия от общих обследованных составил - 29%.

Сравнительные показатели уровня инвазированности по данным дозорного эпиднадзора (ДПЗиЭ МЗ КР) и официальной статистики по некоторым областям КР сильно колеблются. Например: по Джалалатоблатской области истинная картина среди детей составляет 487 на 1000 обследованных лиц, а по статистическим данным составляет 44 на 1000 обследованных. По Ошской области, если по статистическим данным уровень инвазированности составляет 23 на 1000 обследованных лиц, а истинная картина инвазированности составляет 421 на 1000 обследованных лиц.

В настоящее время известно, что энтеробиоз, как и другие гельминтозы оказывает выраженное патологическое воздействие на организм инвазированных и прежде всего на детский организм. Многочисленными исследованиями доказано, что острицы подавляют иммунный ответ хозяина, создавая вторичные иммунодефицитные состояния и способствуют более частому развитию соматических и инфекционных заболеваний. А.Я. Лысенко (1991) установил, что острицы подавляют развитие поствакцинального

иммунитета против дифтерии, не оказывая влияния на развитие его при кори и столбняке. Даже после трехкратной вакцинации АКДС-вакциной у 18% детей нет противодифтерийных антител, 14,5% приобретает их в очень низких титрах (Л.М. Чудная и др., 1991).

Второе место по распространению занимает аскаридоз. Всего за анализируемый период был зарегистрирован 510288 случаев. Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости аскаридозом по республике составил 342,5 на 100 тысяч населения, минимальный - 68,3, максимальный - 980,4 (1965 г.). В многолетней динамике заболеваемости за анализируемый период наблюдается выраженная тенденция к снижению со среднегодовым темпом снижения - 5,2% (Рис. 3).

Удельный вес аскаридоза в структуре регистрируемых гельминтозов за первые 16 лет составлял 43,2%. За период 1977 по 1994 годы удельный вес снизился в 2,2 раза и был равен 17,5%, а в последующие годы составил всего 10,3%.

Снижение показателей заболеваемости аскаридозом отмечалось повсеместно. Однако наибольшее снижение происходило в Ошской области, где в 80-е годы, по сравнению с 60-м, аскаридоз снизился в 6,6 раз, а за последние 17 лет еще в 11,2 раз. Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости аскаридозом составил 978,2, минимальный - 79,7 (2000г.), максимальный - 2949,9 (1961г.). Значительное снижение заболеваемости

аскаридозом отмечалось и в городе Бишкек. За анализируемый промежуток времени (1977 – 1994 гг.) снижение произошло в 5,8 раз и в последующие 17 лет еще в 8,4 раза. При этом средний многолетний интенсивный показатель составил 162,0, минимальный 21,4 (1997 г.), максимальный – 838,7 (1962).

По Чуйской области снижение уровня заболеваемости аскаридозом отмечалось в 3,4 раза за 1977 – 1994 гг. и в 7,5 раза за 1995 - 2011 годы, и средний многолетний интенсивный показатель составил 146,7, минимальный – 7,6 (1998 г.), максимальный – 980,5 (1960 г.).

По интенсивности распространения высокий уровень заболеваемости (более 100) аскаридозом за последние 17 лет имела Ошская, Жалалабадская и Баткенская области. Регионов со средним уровнем заболеваемости (50-100) регионов не было, а низкий уровень (до 50) отмечался во всех остальных регионах республики.

Таким образом, проблема гельминтозов в республике остается достаточно актуальной. В многолетней динамике заболеваемости энтеробиозом наблюдается тенденция к росту начиная с 60-х годов до нового столетия. Иная ситуация выявления заболеваемости аскаридозом. Так, за анализируемый период наблюдалось снижение заболеваемости с 60-х годов до 2000 года. С 2000 года идет обратная динамика выявляемости аскаридоза. Территорией риска по аскаридозу является южный регион республики (Ошская и Баткенская области), по видимому из-за благоприятных климатических условий, хозяйственной деятельности населения, неудовлетворительных социально-бытовых условий жизни людей. Широкое распространение, ежегодная регистрация новых случаев требуют усиленного внимания

к данной проблеме со стороны санитарных служб и совместных усилий специалистов – паразитологов и врачей общей практики. Своевременное выявление и как можно быстрое проведение противогельминтной терапии позволит сократить число случаев тяжелого течения глистных инвазий и их осложнений.

Выводы:

1. Паразитарные заболевания в нашей республике остаются на высоком уровне. Это связано с хозяйственной деятельностью населения, низким уровнем санитарно-гигиенических знаний и гигиенических навыков у значительной части населения.

2. Уязвимой частью по паразитарным заболеваниям являются дети в возрасте до 14 лет.

3. Остается острой проблемой нехватка кадров, имеющих опыт работы в паразитологии по республике.

Литература:

1. Тойгомбаева В.С. Паразитарные болезни человека. Бишкек – 2010, - С. 53.

2. Караева Р.Р. Оптимизация эпидемиологического надзора за эхинококкозом в Кыргызской Республике в современных условиях // Автореф. дисс. канд. биол. наук. 03.00.19 – паразитология. Бишкек, 2004, - С. 22.

3. Справочник помощника санитарного врача и помощника эпидемиолога. М., Медицина, 1978, - С. 257.

4. Эпидемиологический надзор за паразитарными болезнями // Сборник нормативно-методических документов по эпидемиологии.- Бишкек, 2004.

5. Раимкулов К. М., Куттубаев О. Т. «Мителерден сактангыла». 2004, - С. 10.

К читателям журнала!

Редакция неоднократно обращалась к теме внедрения идеологии семейной медицины в Кыргызстане. Так, эксперт проекта USAID Бартон Смит в статье «Семейная медицина – правильный ли выбор для Кыргызстана?» (Вестник КГМА 2011-3:62-70) изложил свою точку зрения по вопросу о необходимости и результатах внедрения семейной медицины в нашей стране. Затем мнением о проблемах семейной медицины в Кыргызстане поделилась исполнительный директор Ассоциации групп семейных врачей и семейных медсестер Кыргызской Республики, заслуженный врач КР, доцент С.Т.Мукеева (Вестник КГМА 2012 – 1:135-143). В этом номере журнала мы предлагаем вашему вниманию статью академика НАМН Украины, проф. Ю.В.Вороненко с соавт. о поучительном опыте внедрения и перспективах семейной медицины в Украине в соответствии со стратегической платформой ВОЗ «Здоровье-2020».

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА ВО ГЛАВЕ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Вороненко Ю.В., Лысенко Г.И., Шекера О.Г.

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика (Киев, Украина)

Резюме: В статье обсуждаются подходы к реформированию системы здравоохранения Украины, ключевыми задачами которой есть: укрепление профилактических служб, повышение доступности и качества медицинского обслуживания, совершенствование первичной медико-санитарной помощи, улучшение кадрового обеспечения, модернизации инфраструктуры и обеспечение справедливости в здравоохранении.

Ключевые слова: реформа системы здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, семейная медицина, институт семейной медицины, здоровье.

Здоровье человека является основой становления гармоничной и всесторонне развитой личности, а потому может быть признано как одна из величайших ценностей и объективных потребностей эволюции любого сообщества. Известный немецкий философ А. Шопенгауэр писал: «Здоровье до того превышает все остальные блага человека, что поистине здоровый нищий счастливее больного короля». Высокую значимость категории «здоровье» можно объяснить тем содержанием, которым сегодня наполняет эту категорию развитый мир. Общеизвестным является предложенное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определение здоровья как состояния полного физического, психического и социального благополучия человека, а не только отсутствие заболеваний или физических недостатков.

В XXI столетии значимость здоровья существенно переосмысливается, с учетом понимания его как неотъемлемого права, с точки зрения существующих угроз и вызовов, возросших требований к качеству здоровья, технологических и финансовых возможностей

его обеспечения.

Сегодня в Украине, как и в большинстве европейских стран, актуальной проблемой является значительная распространенность хронических неинфекционных заболеваний и факторов их риска. Значительная распространенность хронических неинфекционных заболеваний является приоритетной проблемой общественного здоровья, которая отрицательно сказывается на медико-демографической ситуации, обуславливает высокие уровни заболеваемости, инвалидности, смертности, низкое качество и короткую продолжительность жизни. Неудовлетворительное состояние здоровья населения характеризуется низким уровнем рождаемости, высокой смертностью, отрицательным естественным приростом и демографическим старением, ростом общего бремени болезней.

Общая смертность населения и смертность от отдельных причин в Украине вдвое превышает соответствующие показатели стран Европейского Союза. Особое беспокойство вызывает

проблема преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста, показатель которой в 3,5 раза выше соответствующего показателя среди женского населения. В 2012 г. в Украине продолжительность жизни населения была на 7,5 года короче, чем, в среднем, в странах Европейского Союза, а у мужчин - почти на 12 лет.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения составляет 70,3 года, что обуславливает ее разрыв со среднеевропейским показателем до шести, а с показателями стран ЕС - до 10 лет. В отличие от экономически развитых европейских стран, в Украине сохраняется естественная убыль населения (-4,4 на 1000), хотя, по сравнению с предыдущими годами, её темпы удалось уменьшить.

На фоне неблагоприятных демографических изменений происходит дальнейшее ухудшение состояния здоровья населения с существенным повышением во всех возрастных группах уровня заболеваемости и распространенности болезней, в частности, хронических неинфекционных заболеваний, включая болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, хронические болезни легких, сахарный диабет и др. болезни. Хронической патологией страдают до 60 % взрослого и почти 20 % детского населения. Вызывает беспокойство тенденция к ухудшению состояния здоровья молодежи, увеличение частоты социально опасных болезней, в том числе, туберкулеза и ВИЧ-инфекции/СПИДа, расстройств психики и т.д.

Особенностью сферы здравоохранения состоит в том, что пользователем ее услуг является все население. Каждый человек на протяжении жизни многократно становится пациентом медицинских учреждений. Ежегодно в странах Европы в стационары госпитализируется около 18% населения, или каждый пятый. В амбулаторные учреждения ежегодно обращается в среднем примерно 6-10 раз. Услугами скорой помощи в различных странах в течение года пользуется около 10,0-25,0 % населения, т.е. каждый 5-10 житель.

Сегодня система здравоохранения не удовлетворяет в полном объеме потребности

населения в доступной, высококачественной и эффективной медицинской помощи. Предыдущие реформы в сфере здравоохранения не дали желаемого результата в связи с тем, что носили непоследовательный, преимущественно фрагментарный характер, в целом не меняя устаревшую со времен плановой экономики систему оказания медицинской помощи, что не дало возможности адаптировать ее к рыночным отношениям в национальной экономике.

Ситуация, которая сложилась в результате ряда объективных и субъективных причин, является реальной угрозой возникновения и развития необратимых процессов в состоянии физического и психического здоровья населения страны и, как следствие, может негативно сказаться на социально-экономическом, политическом, духовном развитии украинской нации в целом, что создает угрозу национальным интересам государства.

В связи с этим, в современных условиях перед системой здравоохранения встали новые задачи по укреплению профилактических служб, повышению доступности и качества медицинского обслуживания, совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, улучшению кадрового обеспечения, модернизации инфраструктуры и обеспечению справедливости в здравоохранении. Существующие проблемы здравоохранения являются непростыми для решения, имеют многоаспектный комплексный характер, что обуславливает необходимость обновления политики здравоохранения, разработки и реализации новых стратегий и программ. Модернизация здравоохранения касается важных профессиональных и моральных вопросов, затрагивает интересы многих заинтересованных сторон, включая медицинский персонал и пациентов. Их противостояние нововведениям усиливает консерватизм отрасли.

Определяющую роль в решении проблем общественного здоровья и улучшении определяющих его детерминант, сокращении распространенности факторов риска, внедрении современных стратегий профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формировании здорового образа жизни играет

семейная медицина.

Общую врачебную практику необходимо рассматривать как такую, которая обеспечивает длительную опеку за здоровьем пациента и всех членов его семьи, независимо от характера болезни, состояния органов и систем организма, возрастных, психоэмоциональных, профессиональных и других особенностей.

Процесс внедрения семейной медицины в Украине, длительный и непростой, начался с эксперимента во Львовской области еще в 1987 году, когда в городе Дрогобыче была открыта первая амбулатория общей практики - семейной медицины. А с 1995 г. была начата подготовка семейных врачей по программе, утвержденной Министерством здравоохранения Украины.

Более тринадцати лет сотрудничества ученых и практических медиков предшествовало Постановлению Кабинета Министров Украины от 20 июня 2000 г. № 989 «О комплексных мероприятиях по внедрению семейной медицины в систему здравоохранения». Стратегические направления его внедрения определены в Концепции развития здравоохранения населения Украины, утвержденной Указом Президента Украины от 7 декабря 2000 г. № 1313/2000, как путь перспективных системных изменений в отрасли на 2000-2005 гг.

Об актуальности и необходимости развития этого направления реформирования отрасли также свидетельствуют Программа деятельности Кабинета Министров Украины «Последовательность. Эффективность. Ответственность», утвержденная Постановлением Верховного Совета Украины от 16.03.2004 г. № 1602-IV, и Стратегия экономического и социального развития Украины «Путем европейской интеграции», утвержденная Указом Президента Украины от 28.04.2004 г. № 493/2004.

Для разработки и внедрения системы оценки и контроля качества оказания первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины, в г. Комсомольске Полтавской области, проводился эксперимент (приказ МЗ Украины от 16.01.2004 г. № 16) по реализации проекта развития местного самоуправления, который заключался в

создании современной инновационной модели предоставления качественных медицинских услуг населению.

В эти годы, согласно приказу МЗ Украины от 17.02.2004 г. № 88, также проводился эксперимент в пяти регионах Украины с целью разработки методики дифференцированного распределения средств по уровням оказания медицинской помощи, с учетом потребностей первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины.

Кроме того, в рамках сотрудничества с Европейским Союзом, проводился эксперимент, в соответствии с приказом МЗ Украины от 06.07.2004 г. № 338 «О проведении эксперимента с международным участием по внедрению современной модели семейной медицины в Автономной Республике Крым, Запорожской и Хмельницкой областях» и др.

Сегодня в Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика действует Институт семейной медицины, который, кроме учебно-методической работы, выполняет ряд общегосударственных задач организационно-методического направления (приказ ректора Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика от 30.11.2009 г. № 3694).

Важным шагом в развитии семейной медицины Украины было создание в 1996 г. кафедры семейной медицины, а затем в 2005 г. – факультет семейной медицины, который явился прообразом Института семейной медицины.

Институт семейной медицины (далее - Институт) – учебное, научное, лечебно-диагностическое и организационно-методическое структурное подразделение Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика (далее - Академия), деятельность которого направлена на оказание научно-методического сопровождения внедрения семейной медицины в Украине.

Институт создан для внедрения институциональных положений семейной медицины в практику первичной медико-санитарной помощи путём разработки

соответствующих нормативно-правовых документов, учебных планов и программ, подготовки квалифицированных кадров для первичного звена здравоохранения, проведения научных исследований по актуальным вопросам семейной медицины с целью сохранения и укрепления здоровья населения Украины.

Главной целью деятельности Института есть формирование стратегических направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Украине, организация качественной и эффективной системы подготовки медицинских кадров за специальностью «Общая практика – семейная медицина», проведение научных исследований, научно-методическое сопровождение внедрения семейной медицины в Украине.

Основные задачи Института:

- организация и проведение подготовки специалистов за специальностью «Общая практика – семейная медицина»;

- организация и проведение подготовки научных и преподавательских кадров для семейной медицины;

- организация деятельности Проблемной комиссии и специализированного Учёного совета за специальностью «Общая практика – семейная медицина»;

- разработка и внедрение в учебный процесс новых учебных технологий и учебных программ на основании изучения и адаптации передового международного опыта;

- координация, проведение и мониторинг научных исследований по развитию семейной медицины в Украине;

- осуществление научно-методического сопровождения внедрения семейной медицины в первичное звено здравоохранения Украины;

- координация и создание научно-методических материалов, учебников, пособий, программных продуктов для обеспечения подготовки семейных врачей на дипломном и последипломном этапах соответственно квалификационным требованиям высшего медицинского образования;

- осуществление интеграционно-методического руководства, мониторинга и координации научной и практико-

производственной деятельности учебно-практических центров (межрегиональных, областных, районных (городских));

- организация и проведение лечебно-профилактической деятельности на клинических базах Института, консультативная помощь другим лечебно-профилактическим заведениям;

- участие в создании стандартов и клинических руководств первичному звену здравоохранения, их пересмотре, экспертной оценке и мониторинг эффективности внедрения;

- участие в реализации и координации государственных и международных проектов, программ по семейной медицине, анализ и экспертная оценка их результатов;

- организация и проведение общенациональных и международных научно-практических форумов по проблемам семейной медицины;

- участие в разработке и пересмотре законодательных актов относительно процесса развития семейной медицины в Украине;

- участие в проведении аттестации докторов, преподавателей, тренеров «Общей практики – семейной медицины» и аккредитации учебных заведений.

Институт, как обособленное структурное подразделение Академии имеет:

1) Дирекцию;

2) Научно-организационный отдел с отделениями:

- научно-методическим;

- научно-исследовательским;

- информационно-аналитическим и мониторинговым;

3) Кафедры: семейной медицины, детской социальной и судебной психиатрии, инфекционных болезней, медицины катастроф, медицины неотложных состояний, неврологии и рефлексотерапии, педиатрии №2, терапии и гериатрии, фтизиатрии и пульмонологии, хирургии и проктологии, диабетологии, паллиативной и хосписной медицины, семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи.

Институт осуществляет свою деятельность в рамках полномочий делегированных ректором Академии в соответствии с Уставом Академии

и способствует более эффективной реализации его задач исходя из основных направлений, определенных в соответствии с профилем деятельности Академии.

В дальнейшем, новые, ответственные задачи по дальнейшему развитию семейной медицины были очерчены в «Общегосударственной программе развития первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины на период до 2011 года», утвержденной Законом Украины от 22.01.2010 г. № 1841-VI; Постановлении Кабинета Министров Украины «Некоторые вопросы совершенствования системы здравоохранения» от 17.02.2010 г. № 208; Законах Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» от 07.07.2011 г. № 3611-VI и «О порядке проведения реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и городе Киеве» от 07.07.2011 г. № 3612 - VI.

С целью создания соответствующих условий для внедрения принципов семейной медицины в деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи Министерством здравоохранения Украины был разработан и утвержден пакет нормативных документов, регламентирующих технологии внедрения семейной медицины. Дальнейшее развитие семейной медицины в Украине было ориентировано на достижение общеевропейского уровня, в соответствии со стратегией Всемирной организации здравоохранения «Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе» («Здоровье-XXI»).

В ответ на новые вызовы и угрозы страны Европейского региона ВОЗ разработали новую европейскую политику «Здоровье-2020» как стратегическую платформу, основанную на ценностях, ориентированный на конкретные действия, с возможностью адаптации к конкретным реалиям.

Программой «Здоровье-2020» предложены основополагающие принципы для здравоохранения Европейского региона, включающие укрепление приверженности

общим ценностям, сокращение разрыва в отношении здоровья между странами, улучшение сотрудничества в решении важнейших проблем в здравоохранении, адекватное отражение системами информации и знаний о возможном неравенстве в здоровье и его причинах. Важнейшее значение в документе имеет обоснованность направлений политики здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи на лучших фактических данных, укрепление альянсов и общих платформ для ведения исследований, а также согласованности и сотрудничества между разными секторами, дисциплинами, специалистами, населением, повышение качества функционирования системы здравоохранения. Новая политика «Здоровье-2020» обращена ко всем структурам государственного управления и всего общества, которые вносят вклад в здравоохранение и повышение уровня благополучия.

Формирование и внедрение комплексного межсекторального подхода является важной предпосылкой успешной реализации современных стратегических задач в сфере здравоохранения, в том числе, проведение профилактических мероприятий по устранению негативного влияния социальных детерминант здоровья, создание условий для сохранения и укрепления здоровья населения, утверждение здорового образа жизни, формирование ответственного отношения каждого человека к личному здоровью.

В Украине оптимизацию системы предоставления медицинской помощи населению предполагается осуществить путем приоритетного развития первичной и экстренной медицинской помощи, дифференциации стационарной медицинской помощи, совершенствования системы восстановительного лечения, паллиативной помощи и медицинской реабилитации с переходом от государственного финансирования учреждений здравоохранения к финансированию мероприятий по оказанию медицинской помощи населению, исходя из его потребностей.

Таким образом, главной целью мероприятий по улучшению сложившейся ситуации является сохранение и укрепление

ПРИГЛАШАЕМ К ДИСКУССИИ

здоровья, профилактика заболеваний, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения, повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи, обеспечение социальной справедливости и защиты прав граждан на охрану здоровья.

Достижение определенной цели возможно путем:

- разработки и внедрения новейших технологий минимизации риска заболеваний и создания благоприятной для здоровья среды на основе данных научных исследований;

- разработки стратегии по формированию осознанного и ответственного отношения населения к собственному здоровью и личной безопасности;

- оптимизации организации и механизма финансирования системы оказания медицинской помощи, направленной на решение реальных потребностей населения, введение солидарного принципа финансирования;

- повышение качества кадрового обеспечения и уровня профессиональной подготовки специалистов по вопросам профилактики и раннего выявления болезней, диагностики и лечения;

- проведение современных инновационных научных разработок с обязательным созданием эффективной системы внедрения их результатов в практику здравоохранения;

- проведение научных исследований по сохранению и укреплению здоровья населения, первичной профилактики заболеваний, изучение негативного влияния факторов риска и социальных детерминант на здоровье и путей их минимизации, формирование общественного здравоохранения.

Основными направлениями решения проблемы постоянного повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины (СМ) являются:

- максимальное приближение специалистов семейной медицины к населению и улучшение доступности первичной медицинской помощи (ПМП) для всех жителей территориальных громад;

- обеспечение управляемости,

профилактической направленности, стандартизации и доказательности диагностической, лечебной и реабилитационной помощи со стороны семейных врачей;

- существенное улучшение влияния системы ПМП на состояние общественного здоровья путем формирования и реализации принципов здорового образа жизни различных возрастных групп населения (валеологические подходы);

- повышение эффективности использования ресурсов ПМП, поступающих из различных источников;

- привлечение отдельных граждан, их семей, общественных организаций и органов местного самоуправления к решению конкретных проблем индивидуального и общественного здоровья;

- создание инвестиционных проектов с привлечением частного капитала к развитию ПМП на принципах семейной медицины;

- участие общественности в управлении предоставлением ПМП на основе СМ и повышения уровня удовлетворенности территориальных общин качеством медицинской помощи;

- использование нематериальных и материальных средств мотивации повышения качества медицинской помощи путем оплаты труда специалистов СМ за количество и качество выполненной работы;

- подготовка высококвалифицированных специалистов СМ на додипломном и последипломном этапах, а также в процессе их непосредственного профессионального развития в течение всего периода работы в сфере ПМП;

- правовое обеспечение модернизационной деятельности специалистов СМ и активное привлечение к формированию, сохранению и укреплению здоровья отдельных лиц и территориальных общин через общественные организации и органы местного самоуправления, т.е. создание основ общественного здравоохранения в процессе построения гражданского общества;

- защита интересов пациентов в процессе взаимодействия с системой здравоохранения, выполнение семейным врачом функций «вратаря» и «проводника» в сложной системе

различных уровней оказания медицинской помощи;

- активное использование комплексного механизма государственного управления развитием семейной медицины на микроуровне в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (центрах ПМП, отделениях и поликлиниках СМ);

- научно-инновационное сопровождение, информационная поддержка и автоматизация рабочих мест специалистов семейной медицины;

- совершенствование инструментов вневедомственного (внешнего) контроля и внедрение внутреннего профессионального аудита.

И в заключение, любые меры, направленные на улучшение деятельности системы здравоохранения, должны сопровождаться усилиями по обеспечению заинтересованности медицинских работников

и населения в их осуществлении и учитывать ее значимость, сложность, «оптимально минимальное» финансирование, консерватизм, иметь политическую поддержку.

Литература:

1. Вороненко Ю.В., Лисенко Г.И. Внедрение семейной медицины как научной специальности – необходимое условие развития семейной медицины в Украине // Организация здравоохранения. – 2007. - № 6 (62) – С.27-31.

2. Здоровье – 20206 Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия / шестьдесят вторая сессия, Мальта, 10-13 сентября 2012 г. Док. EUR/RC62/9.-ВОЗ, 2012, – С. 18.

3. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. – К.: ИД «Авицена», – 256 с.

4. Москаленко В.Ф., Шекера О.Г. Медико-

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА
eLIBRARY.RU

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ОРГАНОВ МАЛОГО
ТАЗА ЖЕНЩИН КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Абдылдабекова К.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская республика

Резюме. В статье представлены результаты ультразвукового исследования органов малого таза 98 пациенток с заболеваниями придатков матки, поступивших в отделение оперативной гинекологии. Проведено сравнительное изучение эхограмм больных с различными заболеваниями органов малого таза.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, заболевания придатков матки.

**ЖАТЫН ЭМЧЕСИНИН ООРУЛАРЫН АЙЫРМАЛАП ТАНДООДО
ЖАНА АНЫКТООДО АЯЛДАРДЫН ЖАМБАШ ОЙДУНУНДАГЫ
МҮЧӨЛӨРДҮ УЛЬТРАҮНДҮК СКАНИРЛОО**

Абдылдабекова К.Б.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада жатын эмчесинин оорулары бар операциялык гинекология бөлүмүнө түшүшкөн 98 оорулу аялдардагы жамбаш көңдөйүмүн мүчөлөрүн ультраүндүк изилдөөнүн жыйынтыктары сунушталган. Жамбаш ойдунунун ар кыл ооруларынын сыркоолордугу эхограммаларын салыштырма пай изилдөө өткөрүлгөн.

Өзөктүү сөздөр: ультраүндүк дарггы тактоо, жатын эмчесинин оорулары.

**ULTRASOUND SCANNING OF THE PELVIC ORGANS AT WOMEN
IN THE DIAGNOSIS AND
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF DISEASES OF UTERINE
APPENDAGES**

Abdyldabekova K.B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev.

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In the article presented the results of ultrasound research of the pelvic organs of 98 patients, with diseases of uterine appendages admitted to the department of operative gynecology. Conducted a comparative study of echograms of patients with various diseases of the pelvic organs.

Keywords: ultrasound diagnosis, diseases of uterine appendages.

Введение. В последние десятилетия ультразвуковое сканирование рассматривают как один из наиболее доступных и достоверных методов инструментальной диагностики воспалительных заболеваний внутренних половых органов [4, 6]. Этому, главным образом, способствовало появление приборов, работающих в режиме реального времени по принципу «серой шкалы» - системы многотонального изображения. Вместе с тем, по данным исследователей, детальная интерпретация эхограмм, полученных при сканировании по методике «наполненного мочевого пузыря», нередко вызывает определенные трудности, обусловленные идентичностью акустических импедансов различных тканей [3, 5]. Анализ специальной научной литературы последних лет свидетельствует о том, что наиболее характерные и диагностически значимые эхографические критерии, различных клинических форм воспалительных заболеваний придатков матки, удается выделить только с помощью трансвагинального ультразвукового сканирования [2, 7]. По мнению авторов, внедрение в клиническую практику трансвагинальной эхографии позволило одномоментно

устранить недостатки, свойственные трансабдоминальному сканированию, повысить информативность ультразвукового исследования вследствие уменьшения расстояния между эхопреобразователем и излучаемым органом или новообразованием, также за счет преимущественного использования высокочастотных датчиков.

Целью настоящего исследования было изучить эффективность использования трансвагинального ультразвукового сканирования органов малого таза для диагностики эктопической беременности.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 98 пациенток, поступивших в отделение оперативной гинекологии с заболеваниями придатков матки. Всем женщинам помимо общеклинических и гинекологических исследований, с целью дифференциальной диагностики, проведено ультразвуковое сканирование органов малого таза трансвагинальным методом, датчиком (с частотой 5,5 МГц) в режиме «реального времени» с помощью аппарата «Аloka-1400» (Япония).

Для сравнения полученных результатов изучали 56 протоколов ультразвуковых исследований женщин с маточной беременностью в те же сроки и, женщин с нормальными придатками в фолликулярной фазе (рис.1).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов ультразвукового исследования органов малого таза у больных с подозрением на внематочную беременность, выявил следующие признаки. Размеры матки были увеличены. Полость матки свободная, органических изменений миометрия не обнаружено. В проекции придатков матки с одной стороны, изолировано от яичников, визуализируется опухолевидное образование с неомогенной эхоструктурой (рис.3,5). В данных случаях, по нашему мнению, можно предположить внематочную беременность [1]. Вместе с тем, на более ранних сроках УЗИ может быть недостаточно информативным, так как плодное яйцо в матке определяется при трансвагинальной методике на 4-й неделе беременности, а при трансабдоминальной – на 5-й. Однако, отсутствие плодного яйца в полости матки при трансвагинальном УЗИ, уровень β -ХГ выше 1500 МЕ/л и дальнейшее его повышение предполагает наличие внематочной беременности. Обнаружение плодного яйца с эмбрионом вне полости матки с одновременной регистрацией жизнедеятельности эмбриона, является наиболее достоверным признаком, но он встречается только в 10-17% случаев эктопической беременности [6].

Другим вероятным признаком внематочной беременности, является наличие

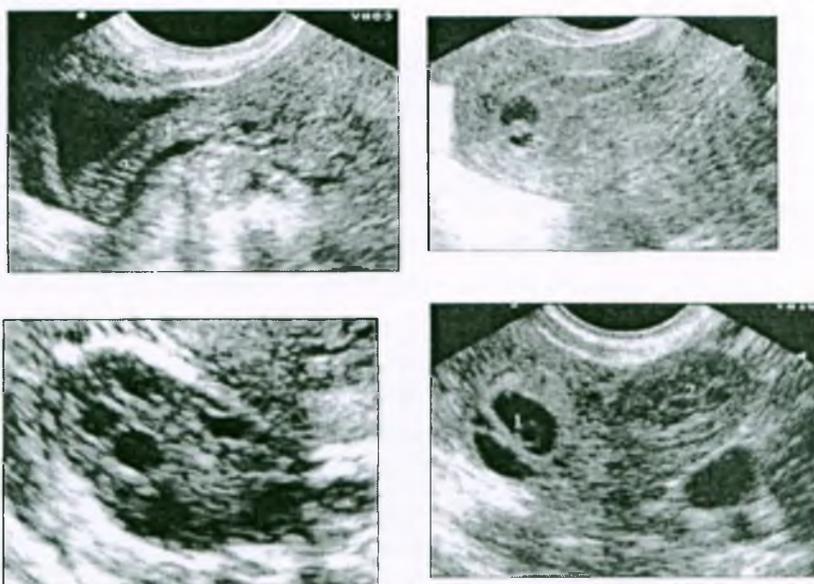


Рис.1: 1-неполный аборт маточной беременности, срок не определяется, остатки плодного яйца; 2-лютеинизация неовулировавшего доминантного фолликула; 3-маточные трубы(1-истмический, 2-ампулярный отделы); 4-ранняя фолликулярная фаза (яичник).



Рис.2: 1-плодное яйцо (желточный мешок) в области придатков;

2-яичник.

Экстракорпоральное расположение плодного яйца с эмбрионом.



Рис.4: 1-придатковое жидкостное образование, полость матки расширена с жидкостным содержимым (гематометра); 2-апоплексия яичника.



Рис.3: 1-придатковое образование с жидкостными включениями; 2-свободная полость матки.



Рис.5: 1- В полости матки жидкость в небольшом количестве. В области придатков лоцируется два жидкостных включения, одно из них: 2-содержит в полости гиперэхогенное включение (кровоизлияние или эмбрион), 3- киста или кровь в трубе.

в области придатков матки жидкостного включения с гиперэхогенной оболочкой, желточным мешком с эмбрионом (рис.2).

Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями придатков матки проводится на основании жалоб, анамнеза, бимануального исследования, данных трансабдоминального и трансвагинального УЗИ, определение уровня β -ХГ и других методов. В гинекологии, в том числе оперативной, внематочную беременность приходится дифференцировать с физиологической беременностью, апоплексией яичника, кистой яичника и другими заболеваниями. УЗИ органов малого таза помогает исключить внематочную беременность, если в полости матки определяется плодное яйцо сроком 5-нед.беременности, что коррелирует с уровнем β -ХГ 5000-6000 мМЕ/мл.

Апоплексия яичника – внезапно наступившее кровоизлияние, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную

полость. При значительном кровоизлиянии в брюшную полость и раздражении брюшины, пальпация матки и придатков затруднена. При ультразвуковом исследовании в области придатков лоцируются жидкостные включения, полость матки может быть расширена с жидкостным содержимым (рис.4). В отличие от трубной беременности, задержки менструации и признаков беременности нет. Биологические реакции на беременность отрицательны.

Заключение. Современная тактика ведения гинекологических больных предполагает проведение ультразвукового исследования органов малого таза в 100% случаях. Трансвагинальная эхография является оптимальным скрининговым методом диагностики воспалительных заболеваний придатков матки. Использование данного метода позволяет не только верифицировать патологический процесс и оценить степень анатомических изменений в очаге воспаления, но и осуществлять визуальный

контроль эффективности комплексной противовоспалительной терапии, включая и оперативное вмешательство. В спорных и неясных случаях как завершающий этап диагностики, следует проводить лапароскопическое исследование.

Литература:

1. Варданян В.В., Хачатрян А.К. Интраоперационная трансвагинальная, трансректальная и лапароскопическая эхография в диагностике и хирургическом лечении пороков развития матки // Проблемы репродукции. – 2005, - № 2, – С. 70-75.
2. Демидов В.Н., Гус А.П. // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /

Под редакцией В.В. Митькова, М.В. Медведева. – М., 1997, – С. 190-231.

3. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Белоглазова С.Е. Руководство по оперативной гинекологии. – М., 2006, – 639с.
4. Петрова Е.В. Внематочная беременность в современных условиях // Акушерство и гинекология. – 2008, - № 1, – С. 31-33.
5. Савельева Г.М. с соавт. Акушерство / учебная литература для студентов медицинских вузов. – М. «Медицина». – 2000, – 815с.
6. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Трансвагинальный ультразвуковой мониторинг инвазивных методов исследования в гинекологии // Акушерство и гинекология. – 1994, - № 5, – С. 55-60.

ОПКО ОРУУЛАРЫ БОЮНЧА 6-ы УЛУТТУК
КУРУЛТАЙЫ
6th NATIONAL CONGRESS OF RESPIRATORY
DISEASES
6-й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО
БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ОРТО АЗИЯ ПУЛЬМОНОЛОГ ТОРУНУН 6-ы ЭЛ
АРАЛЫК КУРУЛТАЙЫ
6th INTERNATIONAL CONGRESS OF
PULMONOLOGISTS OF CENTRAL ASIA
6-й КОНГРЕСС ПУЛЬМОНОЛОГОВ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

1-е информационное сообщение

Уважаемые коллеги! Дорогие друзья!

Приглашаем Вас принять участие в работе **6-го Национального конгресса по болезням органов дыхания и 6-го конгресса пульмонологов Центральной Азии**, которые состоятся **16-18 мая 2013 года в г.Ош**. Организаторы конгресса - Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Ассоциация пульмонологов Центральной Азии, Кыргызская государственная медицинская академия, Национальный центр кардиологии и терапии, Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ошский государственный университет, при участии Ассоциации групп семейных врачей, Общественного объединения «Легочное здоровье» и проекта «Качественное здравоохранение». Программа конгресса будет включать пленарные доклады, научные симпозиумы, лекции и школы для врачей, конкурс молодых ученых.

Намечается обсудить следующие вопросы:

- Фундаментальные проблемы пульмонологии.
- Реализация в Центральной Азии Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. 2012-2016гг
- Проблемы профилактики БОД в рамках борьбы с основными неинфекционными заболеваниями (НИЗ)
- Роль антисмектиновых программ в профилактике основных НИЗ.
- Внедрение PAF стратегии в Центральной Азии как компонента борьбы с основными НИЗ.
- Организация пульмонологической помощи на Юге Кыргызстана.
- Туберкулез органов дыхания, опухоли и паразитарные болезни легких.
- Болезни органов дыхания у детей.
- Болезни органов дыхания и сердечно-сосудистая патология
- Болезни органов дыхания в сочетании с другими внутренними болезнями
- Болезни органов дыхания в горах. Экологическая пульмонология.
- Образовательные программы для врачей и больных.
- Современные подходы к фармакотерапии в пульмонологии.
- Фармакоэкономические исследования в пульмонологии.

В рамках конгресса будут проведены

- Конкурс работ молодых ученых;
- Симпозиум «Реализация в Центральной Азии Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016гг»
- Симпозиум, посвященный 10-летию Кыргызско-Финской программы по легочному здоровью.
- Сателлитные симпозиумы фармацевтических фирм,
- Выставка лекарственных средств и медицинского оборудования.
- Генеральная Ассамблея Ассоциации пульмонологов Центральной Азии.

АНАЛИЗ XPERTMTB/RIF В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Адамбекова А.Д., Адамбеков Д.А., Калмамбетова Г.И.

Кыргызско-Российский Славянский университет,
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В Республиканской референс лаборатории НЦФ при помощи анализа XpertMTB/RIF протестировано 87 внелегочных образцов патологического материала. Мы выявили ДНК M. Tuberculosis в 21 случае (25%). ДНК M. Tuberculosis мутацией в гене rpoB, ведущей к развитию резистентности к рифампицину, была выявлена у 4 больных (5%). ТБ с сохраненной чувствительностью к рифампицину обнаружен в 17 случаях (20%).

Ключевые слова: анализ XpertMTB/RIF, M. tuberculosis, ПЦР в реальном времени; внелегочной туберкулез

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА XPERT MTB/RIF АНАЛИЗДИ ӨПКӨДӨН ТЫШКАРЫ ӨРГАНДАРДЫН КУРГАК УЧУК ООРУСУН АНЫКТОГОО КОЛДОНУ

Адамбекова А.Д., Адамбеков Д.А., Калмамбетова Г.И.

Кыргыз-Россия Славян университети,
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кыскача мазмуну: Улуттук Фтизиатрия Борборунун Республикалык референс лабораториясында өпкөдөн тышкары органдарынын кургак учугун аныктоого 87 молекула-ген изилдөөсү XpertMTB/RIF өткөрүлдү.

Негизги сөздөр: өпкөдөн тышкары органдарынын кургак учугу, ПЦР, XPERT MTB/RIF.

XPERT MTB/RIF ASSAY IN DIAGNOSIS OF EXTRA-PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Adambekova A.D., Adambekov D.A., Kalmambetova G.I.

Kyrgyz-Russian Slavonic University,
Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The Republican Reference Laboratory by the Xpert MTB/RIF analysis has tested 87 samples of extra-pulmonary pathological materials. We identified the DNA of M. tuberculosis in 21 cases (25%). DNA of M. tuberculosis with a mutation in the gene rpoB, leading to the development of resistance to rifampicin, was found in 4 patients (5%). TB with preserved sensitivity to rifampicin was found in 17 cases (20%).

Key words: Xpert MTB/RIF assay; extra-pulmonary tuberculosis; real-time PCR

Введение

Учитывая, что 9 миллионов новых случаев заболевания и 2 миллиона смертей регистрируется каждый год, заболеваемость туберкулезом (ТБ) остается одной из ведущих проблем здравоохранения во всем мире [1]. В большинстве случаев болезнь поражает легкие, но есть и незначительное количество случаев, около 15%, с внелегочным поражением в странах с низкой заболеваемостью. Есть даже более высокие показатели в регионах с высокой заболеваемостью. У ВИЧ-инфицированных больных часто развивается внелегочный туберкулез, который быстро прогрессирует, если диагноз не поставлен вовремя и не назначено

соответствующее лечение [2].

В Кыргызстане эпидемиологическая ситуация по туберкулезу стабилизировалась, отмечается тенденция к снижению показателей заболеваемости. Как и во многих странах бывшего Советского Союза высока доля внелегочного туберкулеза в структуре заболеваемости, что требует улучшения подхода к диагностике заболевания и улучшения доступа к новейшим методам выявления [3].

За последние 5 лет произошли значительные сдвиги в молекулярных методах выявления туберкулеза и определения устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Сейчас во всем мире внедряется и

Таблица 1.

*Расшифровку аббревиатур см. в тексте

	Количество MTB+/RIF устойчивые		MTB+/RIF чувствительные		MTB -		Не интерпретируемые результаты		RIF неопределенные результаты		
		%		%		%		%		%	
Количество внегочных образцов	87	4	5	17	20	59	68	4	5	3	2

тестируется автоматизированная, работающая на картриджах система, известная под названием Xpert MTB/RIF, использующая метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), что позволяет выявить возбудителей туберкулеза определить устойчивость к рифампицину в течение двух часов [4].

Обнаружение микобактерий туберкулеза с использованием нового коммерческого теста, проводимого в режиме реального времени ПЦР (XpertMTB/RIF) рекомендовано для образцов мокроты [5]. За последние 5 лет произошли значительные сдвиги в молекулярных методах выявления туберкулеза и устойчивости к определенным противотуберкулезным препаратам.

Ряд авторов при исследовании образцов ткани, мочи, кала, спинномозговая жидкость (СМЖ) получили подтверждение результатов теста XpertMTB/RIF культуральными методами [6]. Несмотря на то, что в многочисленных публикациях представлены данные о высокой чувствительности и специфичности теста для внегочных образцов, использование данного метода для выявления ТБ требует валидации [7].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения теста XpertMTB/RIF для диагностики внегочных форм ТБ в условиях Кыргызской Республики.

Материал и методы.

Материалом исследования явились

плевральная жидкость, моча, асцитическая жидкость, спинномозговая жидкость (СМЖ), гной из операционных ран и мазок из зева, взятые у пациентов с внегочными формами туберкулеза. Поступивший в лабораторию патологический материал, в шкафу биологической безопасности 2-го класса переносился в стерильную полипропиленовую пробирку высокой плотности, после чего подвергался гомогенизации, деконтаминации и концентрации NALC-NaOH модифицированным методом [8]. В полученный осадок объемом 0,5 мл добавляли 1,5 мл реагента (samplereagent) из набора XpertMTB/RIF. Далее тест XpertMTB/RIF был проведен в соответствии с инструкциями производителя - компании Cepheid, Sunnyvale, США [9].

Полученные данные обработаны общепринятыми методами медико-биологической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение
В Республиканской референс лаборатории (РРЛ) НЦФ при помощи анализа XpertMTB/RIF протестировано 87 образцов патологического материала. Из которых - 40 образцов плевральной жидкости, 23 мазка из зева, 9 образцов гноя полученных из операционных ран, 8 образцов мочи, 5 образцов СМЖ и 2 образца асцитической жидкости.

Результаты тестирования внегочных образцов патологического материала тестом

XpertMTB/RIF.

Как видно из табл. 1, в наших исследованиях дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) *M.Tuberculosis* была обнаружена в 21 случае, что составило 25% от общего количества анализов. ДНК *M.Tuberculosis* мутацией в гене *rpoB*, ведущая к развитию резистентности к рифампицину (MTB+/RIF устойчивые) была выявлена у 4 больных (5%). ДНК *M.Tuberculosis* сохраненной чувствительностью к рифампицину (MTB+/RIF чувствительные) обнаружена в 17 случаях (20%). Количество анализов с не интерпретируемыми результатами составило 5%, что, возможно, объясняется фактом использования материала, контаминированного кровью, который является ингибитором полимеразно-цепной реакции (ПЦР), лежащей в основе XpertMTB/RIF. ДНК *M.Tuberculosis* была определена, но резистентность к рифампицину не детерминирована в 2 случаях, что требует дальнейшего углубленного изучения штамма *M.Tuberculosis*, циркулирующего в регионе.

Заключение

Проведенные нами исследования позволяют сделать заключение, что тест XpertMTB/RIF, являясь высокочувствительным и специфичным методом детекции ДНК *M.Tuberculosis*, может шире применяться для диагностики внелегочных форм туберкулеза.

Литература

1. Dye C., Global epidemiology of tuberculosis. *Lancet*. 367:938-940. 2006.
2. Elmer J. J., The emergence of extensively

drug-resistant tuberculosis: a global health crisis requiring new interventions: Part II: scientific advances that may provide solutions. *Clin. Transl. Sci.* 2:80-84. 2009.

3. О.Н. Отс, Н.Я. Самохин, В.Р. Стрельцов, и др. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении экссудативных плевритов. *Проблемы туберкулеза*, №9,- 2001,- С. 34-36.

4. Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational „How-to; practical considerations. WHO. 2011.

5. Boehme CC, Nabeta P, Hillemann D, Nicol MP, Shenai S, Krapp F, et al. Rapid molecular detection of tuberculosis and rifampin resistance. *The New England Journal of Medicine*, 2010; Sep; 363(11):1005-15.

6. Doris Hillemann, Sabine Ruesch-Gerdes, Catharina Boehme, Elvira Richter. Rapid molecular detection of extra pulmonary tuberculosis by automated GeneXpert® MTB/RIF system. *J. Clin. Microbiol.* doi:10.1128/JCM.02268-10 JCM Accepts, published online ahead of print on 26 January 2011.

7. B. Malbruny, G. Le Marrec, K. Courageux, R. Leclercq, V. Cattoir. Rapid and efficient detection of *Mycobacterium tuberculosis* in respiratory and non-respiratory samples. *INT J TUBERC LUNG DIS* 15(4):553-555

8. Salman H. Siddiqi, Sabine Rusch-Gerdes. Руководство по работе с Системой BACTEC MGIT 960. FIND, 2006.

9. GeneXpertDxSystem. OperatorManual. SoftwareVersion 4.0. Cepheid 2010.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «А» У ВЗРОСЛЫХ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Береговой А.А., Джумагулова А.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: статья посвящена проблеме вирусного гепатита А, отражающая ситуацию по заболеваемости в Кыргызской Республике и клинические особенности течения у взрослых на современном этапе.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит А, эпидемиологическая ситуация, фульминантная форма.

**АЗЫРКЫ ЭТАПТЫГЫ ЧОҢ КИШИЛЕРДИН «А» ВИРУСТУК
ГЕПАТИТИ МЕНЕН ООРУГАНЫНЫН КЛИНИКА-
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮҢӨ**

Береговой А.А., Джумагулова А.Ш.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: макала азыркы этаптагы Кыргыз Республикасында чоң кишилердин А вирустук гепатити менен ооругандыгынын абалын жана анын жүрүшүнүн клиника-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн көрсөткөн проблемасына арналган.

Негизги сөздөр: катуу кармаган А вирустук гепатити, эпидемиологиялык абал.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES VIRAL HEPATITIS
«A» IN ADULTS AT THE PRESENT STAGE**

Beregovoi A.A., Jumagulova A.Sh.

The Kyrgyz State Medical Academy named by I.K. Akhunbaev
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: article deals with the problem of viral hepatitis A, reflecting the situation in the Kyrgyz Republic the incidence and clinical features of the flow in adults at this stage.

Key words: acute viral hepatitis A, the epidemiological situation, fulminant form.

Введение.

Вирусный гепатит А (ВГА) до настоящего времени сохраняет важное социально-экономическое значение и остается одним из самых распространенных инфекционных заболеваний. В мире ежегодно регистрируются до 1,5 млн. случаев ВГА [1,2].

Кыргызская Республика относится к регионам с высокой заболеваемостью ВГА, которая занимает в этиологической структуре острых вирусных гепатитов доминирующее положение – 93% (ВГВ – 4%, ВГС и Д – 0,8%). За последние 20 лет показатели заболеваемости ВГА в КР варьировали в пределах 126,6 – 560,2 на 100 тыс. населения [4].

Достаточно высокий уровень заболеваемости связан главным образом с нарушением санитарно-гигиенических условий, интенсификацией загрязнения внешней среды, экологической незащищенностью воды и

почвы от неконтролируемого загрязнения возбудителем и отсутствием доступных средств специфической профилактики этой инфекции. Распространение этой инфекции происходит на фоне ухудшения экологической ситуации и социально-экономических условий жизни населения [2].

Актуальность проблемы в последние годы обусловлена также снижением популяционного иммунитета к ВГА, что вызвало повышение заболеваемости среди лиц старше 18 лет, а также увеличением числа случаев ВГА на фоне хронических гепатитов В и С, что изменяет клинический облик этой инфекции и приводит к более тяжелому её течению [3].

Вовлечение в эпидемический процесс взрослых свидетельствует о возможности новых путей и факторов передачи ВГА: пероральное употребление наркотических препаратов, тесные контакты данных лиц в антисанитарных

условиях, парентеральный и половой пути передачи [5].

Известно, что с возрастом вероятность развития тяжелого течения и фульминантных форм возрастает, увеличиваются случаи затяжного течения с обострениями и рецидивами (в 3-20% случаев), а причины этого явления малоизвестны [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических и клинических особенностей течения ВГА у взрослых.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 246 больных в возрасте от 15 до 52 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу с диагнозом ВГА в течение 2012 г. Также были использованы статистические материалы ДГСЭН КР и РКИБ по заболеваемости ВГ. Верификация диагноза осуществлялась на основании серологических реакций (ИФА) на выявление антител к ОВГА.

Результаты и обсуждение. По официальным данным ДГСЭН КР за последние 10 лет отмечается стабильно высокие показатели заболеваемости на уровне последнего подъема в 2004г. Однако в 2012 г. отмечается рост заболеваемости в 1,7 раз по сравнению с 2011 г.

Многолетняя динамика заболеваемости ВГА в КР (на 100 тыс. населения)

В возрастной структуре заболеваемости ВГА в КР на долю детей до 14 летнего возраста в среднем приходится 85,2%, в том числе до 1 года – 0,7%, 1-2 года – 5,1%, от 2 до 5 лет – 42,7 %, 5-14 лет – 51,6%, а на лица старше 14 лет приходится около 15 %. При анализе возрастной структуры за последние 2 подъема заболеваемости ВГА в 2004 г. и 2012 г. отмечается

некоторое повзросление инфекции.

Возрастная структура заболеваемости ВГА в КР в 2004 г. и 2012 г.

По данным статистического отдела РКИБ, среди госпитализированных пациентов с вирусными гепатитами в 2012 г. ВГА занимает главенствующую позицию и составляет 91%.

Структура заболеваемости вирусными гепатитами за 2012 г. по РКИБ

Анализ заболеваемости ВГА в возрастном аспекте показал, что 23,4% больных составляют подростки и взрослые.

Возрастной состав обследованных 246 больных выглядело следующим образом: 43,9% составили подростки, 49,6% составили лица в возрасте 19-30 лет, 5,3% – старше 30 лет и 1,2% – старше 40 лет.

Годовая динамика заболеваемости ВГА характеризуется выраженной осенне-зимней сезонностью, с пиком в ноябре месяце.

Сезонность заболеваемости ВГА в 2012 г.

Среди обследованных больных контакт с больным вирусным гепатитом был установлен лишь в 35% случаев, у остальных путь заражения отследить не удалось.

Состояние больных при поступлении расценивалось как среднетяжелое в 83,7% случаев, тяжелые формы наблюдались у 16,3 % больных.

Все больные поступали в стационар с типичным желтушным вариантом ВГА. Острое начало заболевания зафиксировано у 76,4% больных.

В преджелтушном периоде заболевание протекало с повышением температуры тела до 38-39°C (32,5%), симптомов интоксикации (головная боль, головокружение (48,8%),

Возрастная и половая структура заболеваемости ОВГА за 2012г.

ОВГ	Дети	Подростки	Взрослые	Всего
ОВГА+ОВГВ	1	-	1	2
ОВГВ+ОВГС	-	-	1	1
ВГА	2399	195	539	3133
ВГВ	10	6	170	186
ОВГВ+ОВГД	-	1	2	3
ВГС	1	-	30	31
Неверифицированный ВГ	14	2	45	61

необъяснимая слабость (81,3%), разбитость, ломота в мышцах, костях, суставах (24,3%) и диспепсического синдрома (снижение аппетита (100%), тошнота (60,9%), рвота (44,7%), тяжесть в эпигастральной области и в правом подреберье (73,1%), задержка или послабление стула (21,9%)). В 19,5% случаев появлялись незначительно выраженные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (першение в горле, небольшая боль при глотании и др.). В среднем длительность преджелтушного периода составила 6,14 дней.

Обычно с появлением желтухи самочувствие больных довольно быстро начинает улучшаться. Однако у 39,8% больных ВГА на фоне появившейся желтухи продолжалась лихорадка и нарастали симптомы интоксикации. Среди наблюдаемых больных в 4,1% случаев отмечался выраженный холестатический синдром с кожным зудом и с повышением активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови. При этом желтушный период удлинялся до 1-1,5 месяцев. Следует отметить, что у абсолютного большинства больных (84,5%) размеры печени были увеличены на 1,5 – 2 см. Изменение окраски мочи и кала наблюдалась у всех больных. Геморрагический синдром выявлен в 7,3% случаев в виде носовых кровотечений, кровоточивости десен, кровоизлияний на месте инъекций. Длительность желтушного периода составило в среднем 21,1 дней.

В гемограмме (81,3%) отмечался нормоцитоз или лейкопения, относительный лимфоцитоз. У всех больных наблюдалась выраженная гиперферментемия: в среднем показатель АЛТ составил 1,05 мккат/л, АСТ – 0,78 мккат/л. Гипербилирубинемия была за счет прямой фракции и в среднем уровень общего билирубина составил 93,35 ммоль/л. Нарушение белково-синтетической функции печени наблюдалось в 23% случаев, при этом у 1 пациента протромбиновый индекс снизился до 50%. Верификация диагноза осуществлялась серологической реакцией (методом ИФА), и антитела к HAV класса IgM выявлены в 100% случаев.

Всем обследуемым пациентам было проведено базисное лечение: стол № 5, обильное

питье, полупостельный режим. Инфузионную терапию (солевые растворы, 5% раствор глюкозы, физ. р-р) в целях дезинтоксикации получили 65% больных, гепатопротекторы 31,7% пациентов, ингибиторы протеаз – 15,4%.

Среднее пребывание в стационаре больных с ВГА со среднетяжелой формой составило 12,3 дня, с тяжелой формой – 18,3 дней.

В одном случае ВГА, на фоне хронической инфекции вирусом гепатита В, характеризовался пролонгированным течением.

У 1 больного диагностирована фульминантная форма ВГА с развитием острой печеночной энцефалопатией с летальным исходом.

Приводим собственное клиническое наблюдение фульминантного течения ВГА.

Больная А. 52 г., госпитализирована с диагнозом вирусный гепатит 26.09.12 г. на 2-й неделе болезни с жалобами на тошноту, слабость, вялость, снижение аппетита, желтушность кожных покровов, потемнение мочи.

При первичном осмотре состояние оценено как средней тяжести. Сознание ясное. Телосложение правильное, питание повышено. Умеренная желтуха кожных покровов и склер. Отеков, геморрагического синдрома нет. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное. Пульс – 88 уд/мин. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Моча насыщена. Стул ахоличный.

Было проведено обследование: в ОАК: Нв – 141 г/л, Эр – 4,2; ЦП – 1,0; Л – 5,7; С – 57%; лимфоциты – 35%; моноциты – 5%; СОЭ – 10 мм/ч. Билирубин – 176 мкмоль/л за счёт прямой фракции 118 мкмоль/л; АСТ – 0,82 мккат/л; АЛТ – 1,1 мккат/л; тимоловая проба – 13 ед. В свёртывающей системе крови: ПТИ – 100%, ПТВ – 18". Маркёры ВГ – anti-HAV IgM. УЗИ – признаки острого гепатита, хронического пиелонефрита справа, МКБ справа.

На основании полученных данных был выставлен клинический диагноз: острый

ВГА, желтушная, среднетяжёлая форма. Сопутствующий диагноз: хронический пиелонефрит справа. МКБ справа.

С первых дней госпитализации базисная терапия дополнена дезинтоксикационными инфузионными растворами (р-р Рингера, 5% р-р глюкозы) с применением симптоматической терапии (контрикал, церукал, маалокс, рибоксин, активированный уголь, дюфолок, аевит, симальгель, но-шпа).

На фоне проводимой терапии отмечалось временное улучшение. Однако нестабильное состояние больной вскоре начало прогрессивно ухудшаться, и 09.10 г. пациентка по тяжести состояния, обусловленного выраженной интоксикацией и признаками острой печёночной энцефалопатии, была переведена в ОРИТ. Отмечалась неадекватность в поведении, возбуждение, нарушение памяти, дезориентация во времени и пространстве. «Хлопающий» тремор. Отёчность лица и нижних конечностей; лабильность гемодинамики, гематомы в местах инъекций. Выраженная желтуха кожных покровов и склер. Тахикардия 100 уд./мин. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, болезненный. Печень не доступна пальпации. Лабораторно (на 09.10): ОАК: Нв – 138 г/л; Эр – 4,0; ЦП – 1,0; Л – 6,3; С – 61%; лимфоциты – 30%; моноциты – 2%; СОЭ – 2 мм/ч. ОАМ – мутная, желчные к-ты р/полож.; гипербилирубинемия (до 432,6 мкмоль/л) за счёт прямой фракции (261,2 мкмоль/л), трансаминазы АсТ – 0,89 мккат/л; АлТ – 0,98 мккат/л; гипопроteinемия (общий белок – 52,5 г/л, альбумины-17,2%), креатинин – 205,9; мочевины – 5,77; остаточный азот – 19,1; сахар – 2,75. Коагулограмма: время рекальцификации – 4 мин 15 сек, фибриноген – 225 мг%, тромботест – Пст, протромбиновый индекс – 36%, протромбиновое время – 50”.

В ОРИТ проводилась массивная инфузионная терапия (р-р Рингера, 5% глюкозы, физ. р-р, инфузол, альбумина и СЗП) с применением контрикала, гепамерца, с проведением форсированного диуреза. Использовались седативные (диазепам), гемостатические (дицинон, конакион) препараты, эндосорбенты и антибактериальная терапия.

Несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больной прогрессивно ухудшалось. Пациентка впала в кому 12.10.12г. Наросла желтуха, геморрагический синдром, симптом «пустого» подреберья. Лабораторные данные: гипербилирубинемия (402 мкмоль/л), представленная прямой фракцией (232 мкмоль/л), снижение уровня трансаминаз – АСТ 0,52 мккат/л, АЛТ – 0,84 мккат/л; общий белок – 53,7 г/л; ПТИ не определяется.

13.10.2012 г. больная скончалась в состоянии глубокой печеночной комы и отека мозга.

На основании полученных в ОРИТ данных был выставлен окончательный диагноз: ОВГА (anti-HAV IgM), фульминантная форма. ОПЭ, кома II ст. Сопутствующий диагноз: хронический пиелонефрит справа. МКБ справа. Двусторонняя бронхопневмония, ДН III ст.

Таким образом, имеющаяся в последние годы модификация эпидемического процесса ВГА с регистрируемыми изменениями клинического течения заболевания, ставят задачи объективной оценки этого явления с изучением популяционного иммунитета и проведением мероприятий по профилактике ВГА.

Выводы:

1. В последние годы отмечается подъем заболеваемости ВГА с максимальными показателями в 2012 г.

2. Увеличение среди заболевших удельного веса взрослых, в том числе старших возрастных групп.

3. В 15,6% случаев ВГА протекает в тяжелой форме с наличием холестатического синдрома, со склонностью к затяжному течению и возможным развитием фульминантной формы с летальным исходом у лиц старшего возраста.

4. Проблема роста заболеваемости ВГА приводит к необходимости разработки комплекса мероприятий по профилактике с внедрением программ специфической профилактики ВГА.

Литература:

1. Murray, P. R., Rosenthal, K. S. & Pfaller, M. A. (2005) Medical Microbiology 5th ed., Elsevier Mosby.

2. Document WHO/V&B/99.25.

3. Resolution WHA55.18 on quality of care: patient safety.

4. Санэпидслужба и здоровье населения. Информационный бюллетень. ДГСЭН КР. №12, 2012 г, стр. 1-7.

5. Е.В. Цыганова, О.О. Знойко, Н.Д. Ющук, К.Р. Дудина, М.Г.Исагуменц, Н.В. Петракова, Т.В. Петрова, М.И. Михайлов «Острый гепатит неустановленной этиологии». Российский

журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, № 1, 2011, стр. 32-40.

6. Т.А. Деева, Е.Н. Герман, М.В. Маевская, В.Т.Ивашкин «Алгоритм ведения пациента с острым холестатическим гепатитом». Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, № 6, 2011, стр. 56-64.



**ПРОЯВЛЕНИЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ЖИТЕЛЬНИЦ Г.
БИШКЕКА**

Болотбек кызы Б., Бейшенбиева Г. Дж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: С целью оценки состояния общего и гинекологического здоровья женщин пожилого и старческого возраста было обследовано 251 женщин в возрасте от 60 до 85 лет, постоянно живущих в г. Бишкек. Среди них высок уровень сердечно-сосудистой патологии, проявлений постменопаузального остеопороза и урогенитальных нарушений. Все женщины имеют какое-либо хроническое заболевание или сочетание нескольких болезней.

Ключевые слова: женщины пожилого и старческого возраста, менопаузальный синдром.

**БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ УЛГАЙГАН ЖАНА КАРТАН
АЯЛДАРДЫН МЕНОПАУЗАЛДЫК СИНДРОМУНУН
БАЙКАЛЫШЫ**

Болотбек кызы Б., Бейшенбиева Г. Дж.

И. К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Таржымал: Улгайган жана картан аялдардын жалпы ден-соолугунун жана жыныстык мучолорунун сак-саламаттыгын аныктоо максатында 60тан 85 жашка чейинки Бишкек шаарындагы 251 туруктуу жашоочулары текшерүүдөн отту. Алардын арасында журок-кан тамыр бузулуулары, постменопаузалык сооктун жумшарышы жана бойрок, табарсык, жыныс мучолорунун оорулары коп кезигери байкалган. Аялдардын баарында тен кандайдыр-бир онокот оору же оорулардын бир нече турлору катар кезигери аныкталды.

Озоктуу создор: Улгайган жана картан аялдар, менопаузалык синдром.

**MANIFESTATION OF A MENOPAUSAL SYNDROME AT WOMEN OF
ADVANCED AND SENILE AGE OF IN HABITANTS OF BISHKEK.**

Bolotbek kyzy B., Beishenbieva G. D.

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaeva,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: With the purpose of elderly women general and reproductive health estimation we examined 251 elderly women, constantly living in Bishkek. The age of women varied from 62 to 85. They have a high level of cardiovascular pathologies, urogenital abnormalities and manifestations of postmenopausal osteoporosis. The findings of our research showed that all women have some disease or combination of multiple diseases.

Key words: elderly women, menopausal syndrome.

Введение:

Политика любого государства и программы в области здравоохранения должны быть направлены на обеспечение физического, психического и социального благополучия женщин на протяжении всей их жизни [3, 5]. Одной из важнейших задач страны и организаций здравоохранения является удовлетворение потребностей все увеличивающегося числа пожилых женщин, как социально-уязвимого слоя населения, и особенно удовлетворение их потребностей в области охраны здоровья [5].

Согласно данным литературы, к 2030 году в мире будет 1 миллиард 200 миллионов

женщин старше 50 лет и при продолжительности жизни 75 лет, женщины треть своей жизни проводят в постменопаузе. К наступлению этого длительного периода своей жизни женщина уже выполнила свою репродуктивную функцию, но и сохранила свою женскую сущность – у неё также имеется матка, яичники, влагалище, которые и в этом возрасте подвержены различной патологии [2, 4, 6].

Известно, что постменопаузальный период представляет собой физиологический период в жизни женщины, характеризуется угасанием функции яичников, общими возрастными изменениями и существенными

иволютивными процессами в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе. Постменопауза начинается после последней менструации и продолжается до окончания жизни женщины. Учитывая увеличение продолжительности жизни женщин, происходит увеличение и числа лет их жизни в состоянии эстрогенного дефицита, что повышает риск развития менопаузального синдрома. Данный синдром, который представляет собой мультифакторное заболевание, в развитии которого играют роль наследственные, гормональные, средовые факторы и состояние соматического здоровья к моменту климактерии [1, 7, 8].

В позднем постменопаузальном периоде жизни женщины изменениям подвергаются гормонозависимые органы и структуры, содержащие эстрогеновые рецепторы - кожа, мышцы тазового дна, печень, костная ткань, уретра, нервная и сердечно - сосудистая системы, происходит изменение всех видов обмена веществ, особенно минерального. Изменения в мочевом пузыре и уретре являются причинами уродинамических нарушений, которые проявляются в виде недержания мочи или частого, болезненного мочеиспускания и развиваются у 30–40% женщин в постменопаузе, а у женщин старше 70 лет – у 80%. Одними из частых расстройств в постменопаузе являются развитие атрофического кольпита, цистоуретрита

и возрастного остеопороза.

Целью данного исследования было изучение проявлений постменопаузального синдрома у женщин пожилого и старческого возраста, постоянных жительниц г. Бишкека.

Материалы и методы:

С целью изучения проявлений постменопаузального синдрома было проведено анкетирование 251 пожилых женщин в возрасте от 62 до 85 лет, постоянных жительниц г. Бишкека. Анкета включала в себя вопросы о состоянии соматического и гинекологического здоровья женщин и проявлениях у них постменопаузальных расстройств. По показаниям проводился гинекологический осмотр и общее обследование женщин.

Результаты и их обсуждение:

Средний возраст обследованных женщин составил $74,72 \pm 4,7$ лет. Оценка репродуктивного анамнеза пожилых женщин показала, что они находятся в постменопаузе в среднем $26,4 \pm 1,9$ лет.

Как известно, к числу наиболее значимых последствий и клинических проявлений эстрогенного дефицита относится развитие менопаузального синдрома, который включает в себя урогенитальные, психические и вегетоневротические нарушения, дистрофические изменения кожи и её придатков, остеопороз и высокий риск развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. При анализе

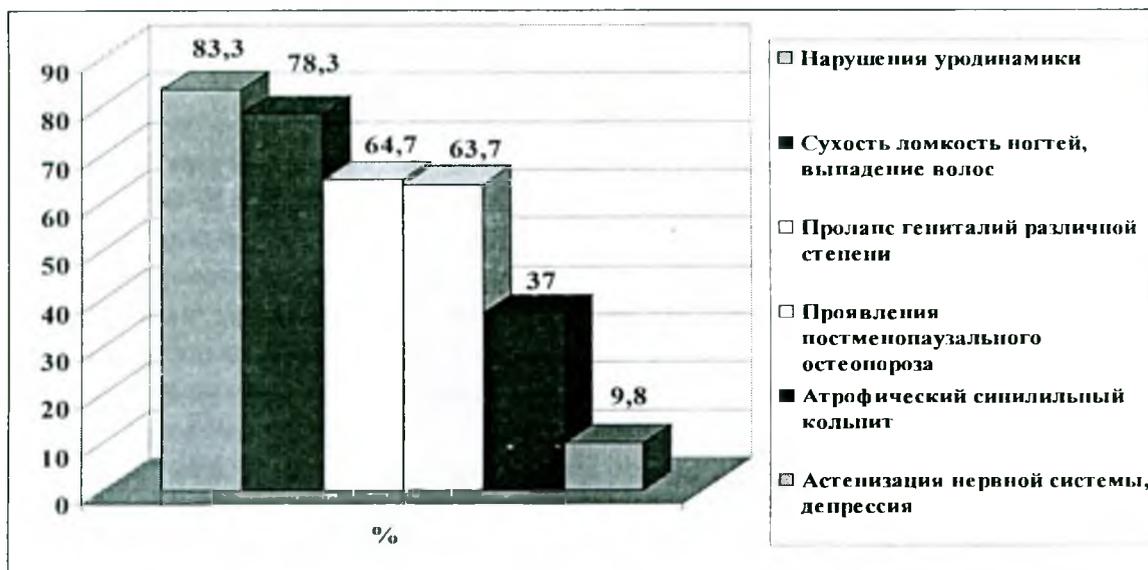


Рис. 1. Проявления постменопаузальных расстройств у женщин пожилого и старческого возраста, постоянных жительниц г. Бишкека.

состояния общего здоровья пожилых женщин выявлено, что все они имеют сочетание нескольких хронических болезней, в структуре которых преобладают болезни органов кровообращения (65%), различная патология эндокринной системы и обмена веществ (52%), а также болезни желудочно-кишечного тракта (33,3%).

Анализ осложнений, возникающих из-за развития атрофических процессов в эстроген-зависимых органах (нижней трети мочевого пузыря, слизистой влагалища, в связочном аппарате матки и мышцах тазового дна) показала, что у 37% обследованных имеется атрофический вагинит и кольпит, у 64,7% - опущение стенок влагалища. Нами выявлено, что различными вариантами нарушения уродинамики (синильный уретрит, недержание мочи, цистит, никтурия и другие дизурические расстройства) страдают 83,3% пожилых женщин (рис. 1).

Астенизация нервной системы и депрессия, представляющие одно из частых проявлений гипоталамических нарушений у женщин пожилого возраста, обнаружено у 9,8% обследованных.

Исследование показало, что различные проявления постменопаузального остеопороза (боли в костях, в грудном и поясничном отделах позвоночника, в суставах, ограничение движений в них, изменение осанки) есть у подавляющего большинства опрошенных женщин – у 63,7%.

Выводы:

Таким образом, в результате проведенного исследования нами выявлено, что для женщин пожилого и старческого возраста, жительниц г.Бишкека, характерно сочетание 3–6 заболеваний с преобладанием в структуре сердечно - сосудистой патологии, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и обмена веществ. У женщин старшей возрастной группы выявлены такие проявления менопаузального синдрома, как урогенитальные, уродинамические и вегето - невротические нарушения, дистрофические изменения кожи и

её придатков, а также различные клинические проявления возрастного остеопороза.

Все вышеперечисленное требует развития, расширения и совершенствования гинекологической помощи женщинам старших возрастных групп, принятия комплекса мер по обеспечению физического, психического и социального благополучия и улучшения качества жизни женщин данной возрастной группы.

Литература:

1. Акимова А.Н. Депрессия и тревога у женщин, страдающих климактерическим синдромом. // А.Н. Акимова, А.Н. Андреев, Н.В. Изможерова // С. науч. тр. «Совершенствование диагностических и лечебных технологий в условиях ЦГБ № 6», – Екатеринбург, 2002, – С. 10 – 11
2. Есефидзе Ж.Т. Клинико-патогенетические особенности вагинальной атрофии в постменопаузе : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01– Ж.Т. Есефидзе. - Москва, 2002, – 26 с.
3. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2008 году. – Бишкек, 2009, – 296 с.
4. Кондракова Э.В. Проблемы пожилых пациентов и пути их решения. / Э.В. Кондракова // Клиническая геронтология. – 2004, - № 9. – С.99.
5. Национальная стратегия по охране репродуктивного здоровья населения КР. [- Бишкек, 2006., 31 с.
6. Нанаева Г.К. Гериатрия. [/ Г.К. Нанаева. - Бишкек, 2002, – 98 с.
7. Попов А.А. Боли в спине у женщин в пре- и постменопаузе. / А.А. Попов, Н.В. Изможерова // Материалы Российской конференции «Новые горизонты в гинекологической эндокринологии». М. – 2002, – С.112.
8. Шмелева С.В. К вопросу о качестве жизни женщин старшей возрастной группы./ С.В. Шмелева // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2006, - № 2, –С. 26 – 29.

**ПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ КАК
ЭФФЕКТИВНЫЙ
МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

Жаманкулова М.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлен анализ лечения 47 больных с паховыми грыжами в возрасте от 17 до 83 лет, среди них 45 мужчин и 2 женщины. 18 из них была произведена герниопластика по классическому методу Лихтенштейна, остальным 29 – модифицированным методом.

Ключевые слова: грыжи, паховые, лечение, осложнения, аллопластика, сетчатые эндопротезы.

**ЛИХТЕНШТЕЙН ПЛАСТИКАСЫ ЧУРАЙ ЧУРКУСУН
ЭФФЕКТИВДУУ
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО ЫКМАСЫ КАТАРЫНДА
Жаманкулова М.К.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 17 жаштан 83 жашка чейинки чурай чуркусу менен жабыркаган 47 оорулунун бейтап баяны анализденди, анын ичинен 45-эркек, 2-аял. Алардын он сегизине Лихтенштейн пластикасынын классикалык ыкмасы колдонулса, жыйырма тогузуна Лихтенштейн пластикасынын биздин ооруканада жаныланган ыкмасы колдонулган.

**HERNIAL HILUS PLASTY BY LICHTENSTEIN METHOD AS AN
EFFECTIVE METHOD
OF INGUINAL HERNIA TREATMENT
Zhamankulova M.K.**

I.K.Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy,

Bishkek, Kyrghyz Republic

Summary: Analysis of the treatment of 47 patients with inguinal hernias at the age of 17-83 years was presented. Among them there were 45 men and 2 women. Hernioplasty in 18 patients was executed according to Lichtenstein method, and in 29 patients it was executed according to the modified method.

Key words: hernia, inguinal hernia, treatment, complications, alloplasty, reticular endoprosthesis

На сегодняшний день брюшные грыжи остаются довольно часто встречающейся хирургической патологией. Высокая частота развития паховых грыж, которые составляют 75-80 % от всех грыженосителей [2], обусловлена, с одной стороны, особенностями строения пахового канала, а с другой – множеством факторов, приводящих к значительному повышению внутрибрюшного давления.

Традиционные методы пластики паховых грыж не устраняют причин грыжеобразования и имеют свои недостатки. Возникновение осложнений в раннем послеоперационном периоде является одной из ведущих причин рецидива грыжи, который достигает 10-30% [4]. Несмотря на то, что проводилось много исследований в этой области, частота развития

послеоперационных осложнений и высокий процент рецидива болезни доказывают, что эти методы недостаточно эффективны при лечении паховых грыж, что побудило нас изыскать более совершенный метод лечения больных с паховыми грыжами.

Одним из путей решения проблемы многие авторы считают использование сетчатых эндопротезов, неоспоримым преимуществом которых является надежное укрытие пахового канала. Применение таких эксплантатов позволяет ушить ткани пахового канала без натяжения и укрепить несостоятельные ткани дополнительным прочным материалом.

Впервые герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза была предложена Ирвином Лихтенштейном в

1968 году, основным принципом которого является укрепление задней стенки пахового канала эксплантатом. Случаи рецидивов при использовании данного метода единичны [1,3,5].

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами.

Материалы и методы

Начиная с 2011 года, в хирургическом отделении ГКБ № 1 было пролечено 47 больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Среди них было 45 мужчин и 2 женщины в возрасте от 17 до 83 лет. У 2 пациентов была отмечена двусторонняя локализация паховых грыж. Им произведена аллопластика одновременно с двух сторон. У 3 пациентов имело место повторное рецидивирование и у одного грыжа рецидивировала ранее трижды. При исследовании у 28 больных выявлена косая и у 19 прямая паховые грыжи.

Всем больным выполняли оперативное лечение в плановом порядке по поводу неосложненных паховых грыж, с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно.

У 18 больных произведена герниопластика по классическому методу Лихтенштейна с непрерывной фиксацией полипропиленовой сетки по всему периметру проленовой нитью. Непрерывный обвивной шов опасен тем, что при послаблении начального или конечного узла происходит и послабление швов по всему периметру, при этом сетчатый эндопротез скручивается и дислоцируется, что является основной причиной развития рецидива болезни. Также при непрерывной фиксации сетки расходуется больше фиксирующего материала, который в большей степени соприкасается с тканями, инфицируя их, и может послужить причиной ранних послеоперационных раневых осложнений.

В связи с этим нами разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза, который был использован при герниопластике у 29 больных. Он заключается в следующем: после всех этапов грыжесечения, после обработки грыжевого мешка переходим к

фиксации полипропиленовой сетки. В сетчатом эндопротезе предварительно выкраивается отверстие для семенного канатика, учитывая его размеры. Сетка свободно укладывается на заднюю стенку пахового канала так, чтобы образовались волнообразные складки, так как в позднем послеоперационном периоде сетка уменьшается в размерах и возникает натяжение, что, в свою очередь, приводит к появлению хронической боли на месте укладки эндопротеза. Далее фиксируем сетку медиально – 1 узловым швом к лонному бугру, вверху – 3 узловыми швами к внутренней косой мышце, внизу – к паховой связке непрерывным обвивным швом в 3 обвития, латерально – позади семенного канатика 2 узловыми швами. Операция заканчивается сшиванием апоневроза наружной косой мышцы без создания дубликатуры и наложением швов на подкожно жировую клетчатку, не дренируя ее, и кожу.

Результаты и их обсуждение

Все больные оперированы под внутривенным наркозом. В период операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило без нарушения мочеиспускания и не возникали такие осложнения как орхит и орхоэпидидимит. Со стороны раны лишь у одного отмечен воспалительный инфильтрат, а у других осложнений не выявлено.

Что касается болевого синдрома в послеоперационном периоде, то лишь в первые сутки назначали кетонал 2,0 внутримышечно, а в следующие сроки больные в обезболивающих средствах не нуждались. Температура тела оставалась в пределах нормы, повышение температуры тела до 37,5°C отмечено лишь у 2 больных.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста: через 2-3 часа после выхода из наркоза разрешали ходьбу, через 6-8 часов – дыхательную гимнастику, повороты туловища.

Пребывание больных в стационаре составило 3,2±0,36 койко дней. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

На контрольное обследование явились 38 больных в сроки от 6 месяцев до 1 года. Из них у 10 было выполнено грыжесечение

по классическому методу Лихтенштейна, а остальным - по усовершенствованной нами методике. Из 10 больных у 2 отмечено периодическое появление болей в области послеоперационного рубца и дискомфорт при ходьбе, а остальные оперированные по нашей методике больные жалоб не предъявляли. При обследовании рецидива болезни не обнаружено. Больные в возрасте 65 лет и старше в послеоперационном периоде в посторонней помощи не нуждались, а пациенты до 65-летнего возраста выполняли прежнюю работу.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали целесообразность применения грыжесечения по методу Лихтенштейна и по усовершенствованной нами методике.

Полученные отдаленные результаты (от 6 месяцев до 1 года) показали эффективность этого метода лечения, но для конечного суждения необходимо продолжить наблюдение за больными в более поздние сроки.

Литература

1. Гогия Б.Ш. Использование проленовой системы для пластики паховых грыж / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян // Хирургия. - 2002, - № 4, - С.65-68.
2. Тоскин К.Д. Грыжи живота / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский - М.: Медицина, 1983, - С.77-172.
3. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж [А.В. Юрасов, Д.А. Федоров, А.Л. Шестаков и др.] // Анналы хирургии. -2002, - № 2, - С.54-59.
4. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair / A.I. Gilbert; Arregui M.E., Nagan R.F., eds. // Inguinal Hernia: Advances or Controversies? - Oxford, England: Radcliffe Medical Press Ltd.,1994.
5. Hildebrandt J. Tension – free methods of surgery of primary inguinal hernias. Comparisons of endoscopic, total extraperitoneal hernioplasty with the Lichtenstein operation J. Hildebrandt, O. Levantin // Chirurg. – 2003. – Vol.74, №10. – P. 915-921.

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ
ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ У ЖЕНЩИН С ПРИМЕНЕНИЕМ
ПОЛИПРОПИЛЕНОВОЙ СЕТКИ С ТИТАНОВЫМ ПОКРЫТИЕМ**

Маматова Н.Э.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения у 52 женщин с пролапсом гениталий. У 12 сетку при пластике влагалища не фиксировали, у одной из них возникла деформация сетки и ее пришлось удалить. У 40 сетку фиксировали. Осложнений после операции не наблюдали. В стационаре больные находились не более 2-3 дней. В отдаленные сроки отмечено значительные улучшения качества жизни.

Ключевые слова: пролапс гениталий, оперативное лечение, полипропиленовая сетка, титановое покрытие, отдаленные результаты.

**АЯЛДАРДЫН ЖЫНЫСТЫКТЫН ТҮШҮП КЕТИШИН ТИТАН
МЕНЕН КАПТАЛГАН ПОЛИПРОПИЛЕН ТОРЧОСУН КОЛДОНУП
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО**

Маматова Н.Э.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Жыйынтык: жыныстыктын түшүп кетиши менен ооруган 52 аялдын операция жолу менен дарылоонун тыянагы көрсөтүлгөн. 12 аялдын кынына торчо бекитилген эмес, бирөөнүн торчосу бүрүшүп калгандыктан алынып салынды. 40 аялга торчо бекитилди. Операциядан кийин ырбоо болгон эмес. Оорулар стационарда 2-3 күн эле ашык жатышкан. Аялдардын жашоо сапаттары кийинки мезгилде жакшырган.

Маанилүү сөздөр: гениталдык пролапс, оперативдик дарылоо, пролипропилен торчосу, титан капталуу, кийинки тыянактар.

**SURGICAL TREATMENT OF PTOSIS AND PROLAPSE OF THE
VAGINA AND UTERUS IN WOMEN USING POLYPROPYLENE
MESH-COATED**

Mamatova N.E.

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Ahunbaeva

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The results of surgical treatment of 52 women with stress enuresis and genital prolapse are presented in this article. Vesicourethral angle became bare and circular unresolved suture was laid on the urethra and it was fixed to the periosteum of pubic bone. Then the anterior plasty on vagina was carried out. There were no recidivations during the period from 6 months till 2 years. In the long-term period showed a significant improvement of quality of life.

Key words: enuresis, genital ptosis and prolapse in women, surgical treatment, long-term results.

Введение:

Опушение и выпадение влагалища и матки – довольно распространенная патология во многих странах мира, сопровождаемая нарушением функции мочевого пузыря и прямой кишки [1,7,8]. Клинические проявления пролапса гениталий влияют на состояние общего здоровья, сексуальную активность, снижают трудоспособность, приводят к депрессии и другим нарушениям [3,4,6].

Основным методом лечения этого тяжелого заболевания является хирургический.

К настоящему времени предложено большое число различных методов оперативного лечения, но все они не лишены такого недостатка как, рецидив болезни, который колеблется от 5 до 40% [2,3,5]. В связи с высокой частотой рецидивов наблюдается повышенный интерес акушеров-гинекологов и хирургов к применению имплантационных материалов для восстановления дефектов тазового дна. Идут поиски материалов, обладающих максимальной биосовместимостью, свойства которых близки к свойствам организма. В литературе

последних лет опубликованы немногочисленные материалы об использовании для пластики влагалища полипропиленовых сеток [1,4], но какова их эффективность остается до конца нерешенным вопросом, не изучены качества жизни в отдаленные сроки после операции. Кроме того все больные оперированы в стационарах с традиционными сроками послеоперационного лечения (8-10 дней), а что касается лечения этой группы больных в стационарах с краткосрочным пребыванием, мы в доступной литературе не обнаружили.

Цель нашего исследования – представить результаты применения полипропиленовой сетки с титановым покрытием в лечении опущения и выпадения влагалища и матки в стационаре с краткосрочным пребыванием.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 52 женщины с пролапсом гениталий, которые были оперированы в многопрофильной клинике «КАМЭК» с пребыванием в стационаре (2-3 дня). Возраст их колебался от 32 до 74 лет, а давность заболевания – от 6 месяцев до 20 лет. Трое из них поступили с рецидивом пролапса гениталий, которые ранее были оперированы в других лечебных учреждениях, а к нам поступили в связи с рецидивом заболевания.

Из анамнеза установлено, что причиной пролапса у 26 были тяжелые роды с родовой травмой (разрывы, эпизио- и перинеотомия), 10 женщин свое заболевание связывали с выполнением тяжелого физического труда, 6 женщин отметили связь возникновения пролапса с перенесенными ранее операциями (ампутация, либо экстирпация матки), у 10 имели место сочетание родовой травмы и тяжелого физического труда в ближайший послеродовой период.

При поступлении больных в стационар, помимо общеклинического обследования, выполняли влагалищное исследование, выявление экстрагенитальных заболеваний, пробы для диагностики стрессового недержания мочи, ректо-, энтероцеле. Ультразвуковое исследование осуществляли с использованием абдоминального, промежностного и трансвагинальных датчиков, что позволяло

выявить патологию матки, шейки матки и придатков. Состояние микробиоценоза влагалища до лечения и после операции определяли с помощью микроскопии вагинальных мазков. Качества жизни изучали по анкете опроснику, составленному на русском и кыргызском языках.

Результаты и их обсуждение

В оценке степени пролапса гениталий мы пользовались классификацией описанной Славашевич Т.И. [5]: 2 степень умеренно выраженное опущение передней или задней, либо обеих вместе стенок влагалища; 1- опущение стенок влагалища сочетается с удлинением шейки матки, тело матки смещается книзу, но не выходя за пределы половой щели; 3- выпадение всех слоев влагалища и матки, при этом тело матки полно или частично располагается за пределами входа во влагалище. Показанием для оперативного лечения считали 2-3 степени пролапса гениталий с наличием цисто- или ректоцеле.

При обследовании женщин в момент поступления вторая степень пролапса установлена у 27 и третья – у 25 больных. Сопутствующие заболевания имели место у 47 из 52 поступивших (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, хронический бронхит вне обострения). Особое внимание мы уделяли санации влагалища до операции и с этой целью назначали ванночки с озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и введение тампонов с озонированным растительным маслом. В результате проведенной предоперационной подготовки в течение 3-4 процедур удавалось добиться повышения чистоты влагалища. В момент операции влагалище и кожные покровы промежности тщательно обрабатывали 1% водным раствором повидона.

Все женщины оперированы под эпидуральным обезболиванием. Мы отдаем предпочтение этому методу, так как оно позволяет уменьшить кровопотерю, рано активизировать больных и, кроме того, оно менее затратное в сравнении с эндотрахеальным наркозом.

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений операция

сопровождалась внутривенным введением озонированного раствора поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в объеме 400 мл. Введение этого раствора повторяли на следующий день после операции (400 мл). Антибиотики, как правило, не назначали.

Операцию осуществляли следующим образом: при передней пластике иссекаем слизистую влагалища трапецевидной формы и на место удаленной слизистой укладываем выкроенную по размеру полипропиленовую сетку с титановым покрытием. После экономного иссечения излишков тканей ушиваем переднюю стенку влагалища.

При пластике задней стенки влагалища продольным разрезом (срединным) рассекаем заднюю стенку до заднего свода и максимально отсепаровываем стенки влагалища в стороны к стенкам таза с обнажением перерастянутой передней стенки прямой кишки, покрытой ректовагинальной фасцией до боковых стенок. Затем накладываем один-два кисетных шва на ректовагинальную фасцию с обязательным захватом передней стенки прямой кишки, этим мы устраняем ректоцеле. На участок отсепарованной слизистой укладываем полипропиленовую сетку с титановым покрытием. После иссечения излишков тканей слизистую над сеткой ушиваем.

У 12 больных мы сетку не фиксировали и, несмотря на благоприятное течение послеоперационного периода, у одной сетка деформировалась и ее пришлось удалить, а при повторной операции сетку фиксировали. У остальных женщин (40 чел.) при пластике сетку обязательно фиксировали в верхнем углу к краям поперечной связки влагалища, а внизу – край сетки подшивали к фиброзной ткани шейки матки. Это обеспечивало устойчивость сетки, она быстро прорастала тканями и деформация не возникала.

В послеоперационном периоде самостоятельное мочеиспускание отмечено у 50 женщин, а у двух была атония мочевого пузыря, но в результате применения физиотерапии, мочеиспускание быстро восстановилось. Нарушения биоценоза влагалища в связи с применением сетки мы не наблюдали. При выписке из стационара рекомендовали

соблюдение режима труда и отдыха, исключить тяжелый физический труд.

В сроки от 6 месяцев до 2 лет обследовано было 46 женщин, ни одна из них прежних жалоб не предъявляла, при обследовании рецидива ни у одной не выявлено. Все отметили значительное улучшение качества жизни: повысилась физическая активность (с 35,0% до 85,0%), а также социальное (с 45,0% до 72,5%) и ролевое функционирование (с 58,5 до 70,0%).

Выводы:

Наши исследования показали, что в лечении пролапса можно использовать полипропиленовую сетку с титановым покрытием, которая позволяет улучшить результаты лечения.

Полипропиленовую сетку необходимо фиксировать, чтобы предотвратить ее деформацию.

Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовать внутривенное введение озонированного раствора поваренной соли, а также применять эти растворы местно в пред- и послеоперационном периоде.

Применение полипропиленовой сетки в лечении пролапса гениталий способствует повышению качества жизни.

Литература:

1. Бахаев В.В. Хирургическое лечение пролапса гениталий у женщин с использованием сверхэластичных материалов / В.В. Бахаев // Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2008, – 50 с.
2. Буянова С.Н. Способ хирургического лечения пролапса гениталий / С.Н. Буянова, И.В. Краснопольская, А.А. Федоров // Патент, 2004, № 2242942.
3. Загребина В.А. Хирургическое лечение опущения и выпадения половых органов / В.А. Загребина, Н.Д. Иванчикова, О.В. Азиев // Российский мед. журнал, – 1997, - № 1, – С.37-39.
4. Кустаров В.Н. Качество жизни женщин после хирургической коррекции пролапса матки / В.Н. Кустаров // Материалы VII Российского форума «Мать и Дитя». – М., 2005, – С.430-431.

5. Славашевич Т.И. Хирургическое лечение больных с опущением и выпадением половых органов: автореф. дис. канд. мед. наук., Минск, 1986,- 22с.
6. Ящук А.Г. Научное обоснование и реализация лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин с пролапсом гениталий / А.Г. Ящук // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2009, – 37 с.
7. Boscaro M. Plastic vaginal surgery according to Pesalozza-Dellepiane in treatment of genital prolapse / M. Boscaro // *Minerva Gynaecol.* – 2004, – Vol.31, # 6. – P.376-380.
8. Carley M.E. Obstetric history in women with surgically corrected urinary incontinence or pelvic organ prolapse M.E. Carley // *J. Am. Assoc. of Gynec. Laparosc.* – 1999, – Vol.6, # 1. – P.85-89.

**АНАЛИЗ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМИ МИЕЛОИДНЫМИ ЛЕЙКОЗАМИ С ФЕБРИЛЬНОЙ
НЕЙТРОПЕНИЕЙ В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ.**

Иванчикова Д. И., Сулейманов С. Ш.

Краевая клиническая больница №1 им. С.И. Сергеева,
Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения,
Министерство Здравоохранения Хабаровского края.

Резюме: В статье проводится анализ антибактериальной терапии у больных острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) с фебрильной нейтропенией. Изучаются варианты стартовой антибактериальной терапии, оценивается эффективность лечения эмпирической антибиотикотерапии. Анализируются инфекционные осложнения у больных с фебрильной нейтропенией. Сделаны рекомендации для лечения острых миелоидных лейкозов с фебрильной нейтропенией.

Ключевые слова: острые миелобластные лейкозы, фебрильная нейтропения, эмпирическая антимикробная терапия.

**THE ANALYSIS OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN PATIENTS
WITH ACUTE MYELOID LEUCOSIS WITH FEBRILE
GRANULOCYTOPENIA AT HEMATOLOGICAL DEPARTMENT**

Ivanchikova O.I., Suleimanov S.Sh.

Regional Clinical Hospital №1 named after Sergeev S. I.,
Institute of advanced training of Public Health Specialists,
Ministry of Public Health Khabarovsk Krai

Resume: this article deals with analysis of antibacterial therapy in patients with acute myeloid leucosis (aml) with febrile granulocytopenia. We study the variants of starting antibacterial therapy and estimate effectiveness of treatment of empiric antibiotic therapy. Infectious complications in patients with febrile granulocytopenia are analysed. Recommendations for the treatment of acute Myeloid leucopenia with febrile granulocytopenia are made.

Key words: acute myeloblast leucopenia, febrile granulocytopenia, empiric antimicrobial therapy.

Химиотерапия гемобластозов нередко сопровождается развитием разного рода осложнений у пациентов. Одним наиболее часто встречающимся осложнением, является фебрильная нейтропения [1]. В настоящее время существуют практические рекомендации по сопроводительной терапии таких больных. Однако в повседневной работе в гематологических отделениях довольно часто

используется эмпирический подход к проведению антибактериальной терапии. В связи с этим назрела необходимость в проведении анализа применения антибактериальных препаратов в группе пациентов, у которых наиболее часто возникает фебрильная нейтропения – больных острыми миелоидными лейкозами (ОМЛ).

Целью данной работы явилось проведение анализа антибактериальной терапии у пациентов ОМЛ с нейтропенической лихорадкой в гематологическом отделении КГБУЗ «Краевой Клинической Больницы №1 им. С.И.Сергеева» Министерства Здравоохранения Хабаровского края.

Основными задачами этого исследования были определены: оценка частоты применения культуральных исследований у больных острыми миелоидными лейкозами, изучение вариантов назначаемой стартовой антибактериальной

терапии, оценка эффективности проводимой эмпирической антибиотикотерапии, анализ инфекционных осложнений у больных с нейтропенией.

В гематологическом отделении КГБУЗ «Краевая Клиническая больница №1» оказывается специализированная помощь пациентам, страдающим острыми миелобластными лейкозами:

проводятся стандартные и высокодозные курсы химиотерапии (на этапах индукции и консолидации ремиссии, у больных с рецидивами острого лейкоза и в случае наличия химиорезистентности);

сдерживающая терапия малыми дозами цитозара и 6-меркаптопурином, «ротирующие» курсы поддерживающего этапа лечения.

Часто в результате цитостатической терапии развивается фебрильная нейтропения.

С учетом быстрого прогрессирования инфекционного процесса у пациентов с нейтропенией, а также отсутствия возможности проведения надежной дифференциальной диагностики между ранними бактериальными осложнениями и неинфекционными процессами, эмпирическая антимикробная терапия должна быть начата немедленно у всех пациентов с нейтропенией при развитии у них лихорадки [2]. В отсутствие лихорадки у пациентов с нейтропенией, имеющих симптомы или признаки, характерные для инфекционного процесса (озноб, гипотония и др.), также необходимо назначение эмпирической АМТ.

При выборе режима стартовой антибактериальной химиотерапии необходимо учитывать вид, распространенность и чувствительность к антибиотикам возбудителей, выделенных от пациентов в данном стационаре. Использование некоторых антимикробных препаратов может быть ограничено лекарственной аллергией или нарушенной функцией печени или почек [3].

Была проведена оценка эмпирической антимикробной терапии, назначаемой пациентам с острыми миелобластными лейкозами в период фебрильной нейтропении, в целях ее оптимизации. В связи с этим осуществлен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с ОМЛ, получавших курсы химиотерапии в условиях гематологического отделения КГБУЗ ККБ №1 в течение 2012 года. За 2012 год в условиях гематологического отделения было пролечено 33 пациента с диагнозом острый миелобластный лейкоз. В общей сложности им было проведено 110 курсов химиотерапии по одной из программ: «7+3», «5+2», HiDAC, «малые» дозы цитозара. Каждому из больных было проведено от 1 до 7 курсов специальной терапии, в среднем - 3,3 курса лечения. В 79 случаях (71,8%) после проведенного лечения возникла цитостатическая лейкопения различной степени тяжести, в то время как в остальных 31 (28,2%) не отмечалось снижения уровня лейкоцитов ниже нормальных значений. 9 эпизодов нейтропении (11%) не осложнились развитием лихорадки, тогда как в других 70 эпизодах (89%) мы столкнулись с развитием фебрильной нейтропении.

Обратимся к случаям с развитием фебрильной нейтропении. Только в одном эпизоде было проведено микробиологическое исследование до начала антибактериальной терапии – взят мазок из носоглотки на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, результат, которого оказался стерильным. Ни в одном из этих 70 случаев не был произведен посев крови на гемокультуру до начала антимикробного лечения. Оценка эффекта от лечения производилась на основании изменения показателей температуры тела. В случае сохранения лихорадки на фоне введения антибиотиков более трех дней предшествующая антимикробная терапия отменялась, и назначались другие препараты. Если лихорадка купировалась, антибиотики продолжали вводиться еще, как правило, в течение трех дней, после чего лечение прекращалось. Некоторым пациентам после нормализации температуры тела и сохранения нормотермии в течение обозначенных трех дней вместо внутривенных антибактериальных препаратов

назначались пероральные антибиотики, прием которых продолжался еще около 5 дней.

В настоящее время применяются три основные схемы терапии парентеральными антимикробными препаратами (АМП), сходные по своей эффективности.

Они включают следующие режимы:

1. монотерапию;
2. комбинацию двух АМП без гликопептида (ванкомицина);
3. комбинацию гликопептида (ванкомицина) с одним или двумя АМП других групп.

Монотерапия. В нескольких исследованиях было показано отсутствие существенных различий в эффективности монотерапии и комбинации препаратов, назначаемых для эмпирического лечения пациентов с неосложненной нейтропенической лихорадкой. В качестве препаратов для монотерапии могут быть эффективно использованы: цефалоспорины III-IV поколений (цефтазидим или цефепим) и карбапенемы (имипенем или меропенем) [7]. Практические врачи должны помнить о возможности снижения

эффективности цефалоспоринов при продукции возбудителем В-лактамаз расширенного спектра (ESBL). Цефепим, имипенем и меропенем, в отличие от цефтазидима, обладают высокой активностью в отношении зеленающих стрептококков и пневмококков. Показано, что присоединение к терапии ванкомицина требуется значительно реже при использовании для монотерапии цефепема, нежели цефтазидима. В нескольких исследованиях, включавших онкологических пациентов с нейтропенической лихорадкой, клиническая эффективность была значительно выше у пациентов, получавших меропенем по сравнению с пациентами, лечившимися цефтазидимом. Также было установлено, что пиперациллин/тазобактам может эффективно использоваться в качестве монотерапии, но по сравнению с другими препаратами он недостаточно изучен [6].

При назначении эмпирической антибактериальной терапии в режиме монотерапии пациентам нашего гематологического отделения (25 случаев из 70 – 35,7%), были назначены следующие АМП:

- цефтриаксон 4,0 г/сут – 11 случаев,
- ципрофлоксацин 1,0 г/сут - 4 случая,
- левофлоксацин 1,0 г/сут - 2 случая,
- амоксициллин+сульбактам 3,0 г/сут – 4 случая,
- ампициллин+сульбактам 3,0 г/сут – 1 случай,
- цефоперазон+сульбактам 2,0 г/сут – 2 случая,
- цефтазидим 4,0 г/сут – 1 случай.

Однако согласно существующим стандартам в качестве монотерапии у таких больных должны применяться цефалоспорины III и IV, карбапенемы и иногда пиперациллин/тазобактам. Назначение фторхинолонов и препаратов пенициллинового ряда гематологическим пациентам не показано ввиду достаточного широкого использования этих антибиотиков в амбулаторной практике, а также применения их с профилактической целью во время проведения курсов полихимиотерапии.

Комбинация двух антибиотиков без гликопептида (ванкомицина).

Наиболее часто используемыми режимами

(исключая схемы с ванкомицином) являются комбинации аминогликозида (гентамицин, тобрамицин, амикацин) и антисинегнойного пенициллина (тикарциллин/клавуланат или пиперациллин/тазобактам); аминогликозида и цефалоспорины с антисинегнойной активностью (цефепим или цефтазидим); аминогликозида и карбапенема (имипенем или меропенем) [7].

Очевидным преимуществом комбинированной терапии является выраженный синергизм действия В-лактамов и аминогликозидов и снижение риска селекции резистентных штаммов в ходе лечения.

Основными недостатками являются: недостаточная активность комбинации цефтазидим + аминогликозид в отношении грамположительных микроорганизмов; нефротоксичность; ототоксичность; риск развития гипокалиемии при использовании аминогликозидов и карбоксипенициллинов. В нескольких исследованиях было показано, что однократное введение суточной дозы аминогликозида в комбинации с цефтриаксоном обладает такой же эффективностью, как многократное введение этих препаратов, и одинаковой эффективностью монотерапии цефтазидимом. Однако на сегодняшний день недостаточно данных для рекомендации этих режимов в качестве практического стандарта терапии. У пациентов с нарушенной функцией почек необходимо проводить мониторинг уровня аминогликозидов в сыворотке крови и осуществлять коррекцию дозы до тех пор, пока не будет достигнута оптимальная терапевтическая концентрация [5].

Комбинации фторхинолонов с β -лактамами антибиотиками или гликопептидами являются альтернативой для пациентов, не получавших фторхинолоны с профилактической целью. Новые препараты этой группы (моксифлоксацин, гатифлоксацин и левофлоксацин), уже использовались в некоторых исследованиях у пациентов со злокачественными новообразованиями, однако возможность их применения у данной категории пациентов требует дальнейшего изучения. В недавно проведенном крупном сравнительном исследовании было показано, что комбинация

ципрофлоксацина с пиперацillin/тазобактамом обладает такой же эффективностью, как и сочетание последнего с тобрамицином. Любой режим эмпирической АМТ должен включать в себя препарат активный в отношении *P. aeruginosa*.

При назначении пациентам клинического гематологического отделения (КГО) в качестве эмпирической антибактериальной терапии комбинации из двух антимикробных препаратов (без ванкомицина) – в 41 эпизоде из 70 (58,6%)

- применялись следующие схемы:

- сумамед 500 мг/сут + цефтриаксон 4,0 г/сут – 1 (случай, случаев),
- цефепим 4,0 г/сут + цiproфлoксацин 800 мг/сут - 2,
- сумамед 500 мг/сут + амоксициллин/сульбактам 3,0 г/сут - 2,
- цефтриаксон 4,0 г/сут + амоксициллин/сульбактам 3,0 г/сут - 3,
- цiproфлoксацин 800 мг/сут + амикацин 2,0 г/сут – 1,
- цефтриаксон 4,0 г/сут + метронидазол 1,0 г/сут – 3,
- цефтриаксон 4,0 г/сут + цiproфлoксацин 800 мг/сут - 4,
- цефтриаксон 4,0 г/сут + левофлoксацин 500 мг/сут - 2,
- ампициллин/сульбактам 3,0 г/сут + левофлoксацин 500 мг/сут – 1,
- цефтриаксон 4,0 г/сут + амикацин 1,0 г/сут - 3,
- цефоперазон/сульбактам 2,0 г/сут + амикацин 1,0 г/сут - 1,
- амоксициллин/сульбактам 1,0 г/сут + ампициллин/сульбактам 3,0 г/сут - 1,
- цефепим 4,0 г/сут + амикацин 1,0 г/сут - 2,
- ампициллин/сульбактам 3,0 г/сут + цiproфлoксацин 800 мг/сут - 1,
- амоксициллин/сульбактам 6,0 г/сут + цiproфлoксацин 800 мг/сут - 1,
- цефепим 4,0 г/сут + левофлoксацин 500 мг/сут - 1,
- цефепим 3,0 г/сут + ампициллин/сульбактам 3,0 г/сут – 1,
- амоксициллин/сульбактам 3,0 г/сут + метронидазол 1,0 г/сут - 3,

- амоксициллин/сульбактам 3,0 г/сут + амикацин 1,0 г/сут – 2,
- ампициллин/сульбактам 3,0 г/сут + амикацин 1,0 г/сут – 3,
- цефоперазон/сульбактам 2,0 г/сут + левофлoксацин 1,0 г/сут - 1,
- цефтазидим 4,0 г/сут + амикацин 1,0 г/сут - 1,
- ампициллин/сульбактам 3,0 г/сут + метронидазол 1,0 г/сут – 1,
- цефтриаксон 2,0 г/сут + пиперацillin/тазобактам 13,5 г/сут - 2,
- цефоперазон/сульбактам 2,0 г/сут + цiproфлoксацин 800 мг/сут - 1.

Как видно из вышеозначенного перечня, в отделении отсутствует сколь-нибудь общая стратегия по использованию комбинаций антибактериальных средств, в качестве стартовой терапии. Практические руководства рекомендуют в таких ситуациях назначать сочетания аминогликозида и антисинегнойного пенициллина (тикарциллин/клавуланат или пиперацillin/тазобактам); аминогликозида и цефалоспорины с антисинегнойной активностью (цефепим или цефтазидим);

аминогликозида и карбапенема (имипенем или меропенем). Мы же видим, что в гематологическом отделении широко используются схемы, включающие АМП, не показанные к применению у больных с фебрильной нейтропенией, а также комбинации двух антибиотиков, обладающих практически одинаковым спектром антимикробной активности.

Комбинация гликопептида (ванкомицина) с 1 или 2 антибиотиками других групп.

Включение ванкомицина в схему эмпирической антимикробной терапии (АМТ) может быть целесообразными у следующих групп пациентов:

- подозрение на тяжелую катетер-ассоциированную инфекцию;
- наличие подтвержденной инфекции, вызванной пенициллино - резистентными штаммами пневмококков или MRSA;
- выделение из крови грамположительных микроорганизмов до видовой идентификации и получения данных их чувствительности к

антибиотикам;

- гипотония или другие симптомы поражения сердечно - сосудистой системы [3].

Ванкомицин, как правило, не является обязательным компонентом эмпирической АМТ, но может быть использовано для модификации проводимой схемы лечения.

Инфекции, вызванные грамположительными микроорганизмами, достаточно часто имеют благоприятное и мало - симптомное течение, однако в некоторых случаях возбудитель может оказаться чувствительным только к ванкомицину, вызывая тяжелые формы заболевания, приводящие к летальному исходу в течение первых 24 ч при отсутствии своевременно назначенной адекватной терапии. Несмотря на то, что в исследованиях не было доказано влияние раннего назначения ванкомицина на показатель общей летальности от инфекций, вызванных грамположительными кокками, летальность среди пациентов с инфекциями, вызванными резистентными к β -лактамам грамположительными микроорганизмами может оказаться гораздо выше, если ванкомицин отсутствует в схемах стартовой АМТ. Некоторые микроорганизмы, такие как *Bacillus spp.* или *S. jeikeium*, чувствительны только к ванкомицину, однако инфекции, вызванные ими, как правило, не протекают фульминантно.

При определенных условиях показаниями для назначения ванкомицина в качестве препарата эмпирической АМТ могут быть: интенсивная химиотерапия, сопровождающаяся тяжелым повреждением слизистых оболочек (например, при использовании высоких доз цитарабина) или увеличение риска развития инфекций, вызванных пенициллино-резистентными штаммами стрептококков, применение фторхинолонов с целью профилактики у пациентов с нейтропенией до развития лихорадки [8]. Внезапное повышение температуры $>40^{\circ}\text{C}$ может служить прогностическим признаком развития сепсиса, вызванного зелеными стрептококками.

В нескольких клинических исследованиях оценивалась эффективность использования у пациентов с нейтропенической лихорадкой комбинаций ванкомицина с различными антибиотиками: имипенемом, цефепимом,

амикацином и тикарциллином, меропенемом, цiproфлоксацином, азтреонамом, цефтазидимом, цефтазидимом и амикацином, тобрамицином и пиперациллином, тикарциллином, цефтазидимом и тикарциллином. Несмотря на широкое в прошлом использование комбинации цефтазидима с ванкомицином, высокий риск появления штаммов, резистентных к цефтазидиму, оправдывает в некоторых стационарах рекомендации по использованию комбинации ванкомицина преимущественно с цефепимом или карбапенемами (имипенемом или меропенемом).

Согласно результатам проведенного исследования, при назначении комбинаций гликопептида (ванкомицина) с одним или двумя антибиотиками в качестве стартовой терапии были использованы следующие схемы (4 пациента – 5,7%):

- ванкомицин 2,0 г/сут + пиперациллин/тазобактам 13,5 г/сут – 1 случай,
- цефтриаксон 4,0 г/сут + ванкомицин 2,0 г/сут – 1 случай,
- ванкомицин 2,0 г/сут + цефепим 4,0 г/сут – 1 случай,
- ванкомицин 2,0 г/сут + сумамед 500 мг/сут – 1 случай.

Очевидно, что комбинации ванкомицина с другим антибиотиком в качестве эмпирической терапии в гематологическом стационаре практически используются. Этот факт перекликается с последними клиническими рекомендациями, согласно которым применение ванкомицина на первом этапе эмпирической АМТ ограничено и оправдано лишь в клиниках с высокой частотой регистрации инфекций, вызванных зеленым стрептококком, а также инфекций, вызванных MRSA и *Enterococcus faecium*.

Ни одному из пациентов с лихорадкой, обусловленной цитостатической лейкопенией, не был произведен посев крови из катетера или периферической вены до начала применения АМП. В процессе применения антибиотиков посева крови из периферической вены, центрального венозного катетера, а также взятие материала для исследования из других очагов наличия предполагаемой инфекции (мазки из

зева, носа, посева мокроты, мочи) с целью идентификации возбудителя и определения чувствительности к антибактериальным препаратам проводились лишь в единичных случаях. В половине случаев, когда исследование все же было проведено, подбор antimicrobных препаратов производился без учета спектра чувствительности выявленных микроорганизмов.

Инфекционные осложнения.

В 38 случаях из 70 эпизодов (54,3%) фебрильной нейтропении, которые мы наблюдали в условиях гематологического отделения в 2012 году, имели место инфекционные осложнения.

1. Пост инъекционный абсцесс ягодичной области справа, потребовавший хирургического вмешательства - 1 случай.

2. Внутрибольничная пневмония - 8 случаев.

3. Инфицирование трофической язвы правой голени - 1 случай.

4. Инфицированная срединная киста шеи, потребовавшая хирургического вмешательства - 1 случай.

5. Микоз ротовой полости - 25 случаев.

6. Некроз стенки слепой кишки с перфорацией и разлитым гнойно-фибринозным перитонитом (по тяжести состояния больная не была прооперирована, перфорация кишки выявлена при проведении аутопсии) - 1 случай.

7. Herpes Zoster в поясничной области, справа - 1 случай.

Однако по данным зарубежных и российских исследований, инфекционные осложнения при цитостатической терапии гемобластозов встречаются в 70% и более случаев [3]. Такое несоответствие связано, вероятнее всего, с недостаточными диагностическими возможностями нашего стационара, а также с тем, что, несмотря на отсутствие общей тактики лечения, у таких пациентов все же применялись АМП широкого спектра действия в адекватных дозировках.

В течение 2012 в КГО погибли семеро пациентов ОМЛ, лечение которых осложнилось развитием фебрильной нейтропении. Это составляет около 21% от общего количества больных с миелоидными лейкозами, пролеченных

в нашем отделении за текущий год.

На основании проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

- частота проведения культуральных исследований у пациентов с фебрильной нейтропенией в гематологическом стационаре крайне низкая;

- в отделении отсутствует общая стратегия применения antimicrobной химиотерапии у таких больных;

- в качестве эмпирической монотерапии нередко назначаются фторхинолоны, препараты пенициллинового ряда без антисинегнойной активности, что противоречит существующим клиническим рекомендациям;

- при использовании в качестве стартовой терапии комбинаций из двух антибиотиков нередко применяются АМП, не входящие в современные рекомендации;

- назначение в качестве первой линии antimicrobной терапии схем с ванкомицином в клинике ограничено;

- частота инфекционных осложнений в гематологическом отделении КГБУЗ ККБ №1 ниже, чем в среднем в гематологических стационарах в России.

На основе проведенного анализа antimicrobальной терапии у пациентов ОМЛ с нейтропенической лихорадкой мы предлагаем ряд практических рекомендаций.

В целях повышения эффективности лечения больных с фебрильной нейтропенией необходимо:

- проводить мониторинг микробиологического профиля пациентов, регулярно получающих специальное лечение в условиях гематологического стационара, что позволит определить спектр возбудителей, наиболее часто являющихся причиной развития нейтропенической лихорадки в данном отделении, и будет неоценимым подспорьем для врача в случае, когда нужно выбрать АМП для стартовой терапии, а результаты посевов будут еще в работе;

- составить так называемый «паспорт резистентности» для гематологического отделения и регулярно обновлять полученные данные для более эффективного применения

антимикробной терапии у пациентов с гемобластозами. Антибиотики, к которым устойчивы большинство высеваемых у больных микроорганизмов, необходимо исключить из рутинной практики;

- разъяснить пациентам и врачам, оказывающим помощь гематологическим больным на амбулаторном этапе, об опасности бесконтрольного применения антибактериальных препаратов в межкурсовом периоде (с профилактической целью, для лечения простудных заболеваний и т. д.). Все это приводит к росту устойчивости микрофлоры к существующим препаратам АМП и ограничению терапевтических возможностей;

оптимизировать работу микробиологической лаборатории в ЛПУ:

а) добиться того, чтобы данные исследования перешли в разряд рутинных методов, а не эксклюзивных;

б) максимально сократить время от момента забора биологического материала до момента получения результата лечащим врачом;

в) повысить качество проводимых тестов и согласовать с гематологами тот перечень антимикробных препаратов, определение чувствительности к которым актуально именно для данного отделения;

- добиться формирования у врачей, работающих в гематологическом отделении, «посевого рефлекса» - производить посев крови

- из периферической вены и центрального венозного катетера (при его наличии) при появлении лихорадки более 38С° до начала применения антибактериальных препаратов! Это позволит подобрать для конкретного пациента с гемобластом именно ту схему АМТ, которая позволит добиться быстрой нормализации температуры тела и предотвратить развитие инфекционных осложнений. Не менее важно для более эффективного лечения повторять данное исследование в процессе лечения антибиотиками;

- воздерживаться от назначения антибактериальных препаратов пациентам

- с цитостатической лейкопенией без лихорадки и в отсутствии других признаков наличия инфекции (гипотония, озноб и т.

д). В противном случае это способствует формированию резистентности к наиболее часто применяемым у больных гемобластомами антимикробным препаратам;

- при назначении эмпирической антимикробной терапии в режиме монотерапии использовать в первую очередь цефалоспорины III и IV поколения и карбапенемы. При использовании комбинаций антибиотиков необходимо использовать сочетания аминогликозида (гентамицин, тобрамицин, амикацин) и антисинегнойного пенициллина (тикарциллин/клавуланат или пиперациллин/тазобактам); аминогликозида и цефалоспорины с антисинегнойной активностью (цефепим или цефтазидим); аминогликозида и карбапенема (имипенем или меропенем);

- использовать ванкомицин и комбинации одного или двух антибиотиков с ним в качестве стартовой терапии у больных с фебрильной нейтропенией лишь в случаях с высокой частотой регистрация инфекций, вызванных зеленым стрептококком, а также инфекций, вызванных MRSA и *Enterococcus faecium*.

- в этих случаях ванкомицин назначается одновременно с антибиотиком, применение которого допускается в качестве монотерапии, или в сочетании с другими АМП;

- решить вопрос об установке в ЛПУ оборудования для лекарственного мониторинга, позволяющего определять концентрацию антимикробных препаратов в плазме крови пациентов. Это позволит подобрать наиболее оптимальный режим дозирования АМП для каждого из пациентов с учетом особенностей их метаболизма.

Литература:

1. «Клиническая онко-гематология» под редакцией профессора М.А. Волковой, издание 2-ое - Москва: «Медицина», 2007.

2. «Лечение острых лейкозов» В.Г. Савченко, Е.Н. Паровичникова - Москва: «МЕД пресс-информ», 2004.

3. «Программное лечение заболеваний системы крови» под редакцией В.Г. Савченко, том II - Москва: «Практика», 2012.

4. Руководство «Противоопухолевая химиотерапия» под редакцией Роланда Т.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Скила; перевод с английского В.С. Покровского - Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2011.

5. «Сопроводительная терапия и контроль инфекций при гематологических и онкологических заболеваниях» Румянцев А.Г., Масчан А.А., Самочатова Е.В. – Москва: «Мед. практика - М», 2009.

6. «Справочник по антимикробной терапии» под редакцией Л.С. Страчунского, выпуск 1 – Смоленск: МАКМАХ, 2006.

7. «Современные клинические

рекомендации по антимикробной терапии» под редакцией Л.С. Страчунского, выпуск 1 – Смоленск: МАКМАХ, 2004.

8. «Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии» под редакцией Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова – Москва, 2002.

9. «Современные методы клинической микробиологии» под редакцией Л.С. Страчунского, выпуск 1 – Смоленск: МАКМАХ, 2003.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «А» С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Мамбетова М.К., Балабасова А.М., Кадырова Р.М., Айнабекова Н.,
Абдилбақы кызы А., Асанова А.

Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведен анализ 51 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ, у которых вирусный гепатит «А» протекал с отечно-асцитическим синдромом.

Ключевые слова: острый вирусный гепатит «А», отечно-асцитический синдром.

БАЛДАРДЫН ӨНУККӨН «А» ГЕПАТИТИНИН ЖАНА ШИШИК АСЦИТТИН ӨЗГӨЧҮЛҮКТОРУ

Мамбетова М.К., Балабасова А.М., Кадырова Р.М., Айнабекова Н.,
Абдилбақы кызы А., Асанова А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду: бул илимий эмгекте Республикалык жугуштуу оруулар бейтапканасына жаткырылган 51 баланын өнуккөн «А» гепатитинин оруу баяны изилделген.

Негизки сөздөр: курч муноздогу вирустук гепатит «А», шишик асциттин синдрому.

ACUTE HEPATITIS «A» WITH SYNDROM OF ASCITIS IN CHILDREN

Mambetova M.K., Balabasova A.M., Kadyrova R.M., Ainabekova N.,
Abdilbaki A., Asanova A.

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. At this job was done analysis 51 of medical reports of children who has acute viral hepatitis «A» with syndrome of ascitis. These children were treated in Republic clinical infection hospital.

Key words: acute viral hepatitis «A», syndrome of edema and ascitis.

Введение.

Вирусный гепатит «А» является одним из наиболее распространенных вирусных гепатитов в мире, занимает ведущее место среди других заболеваний печени, на его долю приходится 80% всех вирусных гепатитов у детей. Однако сегодня этому заболеванию уделяется неоправданно мало внимания [1].

По данным ВОЗ ежегодно в мире заражается и болеет вирусным гепатитом «А» (ВГА) около 1,5 млн. человек. Однако фактическая заболеваемость этой инфекцией несколько раз выше, что обусловлено диагностикой только типичных форм болезни, оставляющих, лишь «видимую часть айсберга».

Заболеваемость ВГА в различных регионах мира колеблется и характеризуется неравномерным распространением по континентам и странам, а также в пределах одной

страны. В мире выделяют регионы с высокой (Азия и Африка), средней (Южная и Восточная Европа) и низкой (Скандинавия, Центральная Европа, Северная Америка) интенсивностью циркуляции вируса гепатита А. В странах Европы и США его доля составляет от 10 до 30%. В США ежегодно регистрируют более 400 летальных исходов, связанных с ВГА. Частота фульминантных форм ВГА составляет 0,01% - 0,3%. В странах с низким санитарным уровнем жизни пик заболеваемости падает на ранний детский и дошкольный возраст (90%) [5,6].

В последние годы в России имело место отчетливое снижение показателей заболеваемости ВГА (79,5 на 100 тыс. населения в 2001 г.; 30,1 – в 2005 г.; 15,6 – в 2006 г.; 10,2 – 2007 г.; 8,1 – 2008 г.; 7,3 – 2009 г.). Вместе с тем, интенсивность распространения вирусных гепатитов на территории РФ крайне

неоднородна. Республика Тува, Якутия, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика расцениваются как регионы высокой эндемичности (уровни заболеваемости колеблются 106,7 – 223,6 на 100 тыс.). Уровень заболеваемости в этих регионах, не зависит от климата, возможно, имеет место неблагоприятные санитарно-гигиенические условия, использование недоброкачественной питьевой воды, отсутствие централизованного водоснабжения [1,3].

В Российской Федерации ВГА занимает лидирующее место (55,2% в 2008 г., 50,1% в 2009 г.), уступает лишь гриппу и острым респираторным инфекциям. По данным российских исследователей [1,2], ВГА у детей диагностируется в 93,8%, тогда как ВГВ — 5,3%; ВГС — 0,7%. Для ВГА характерны семейные вспышки в детских дошкольных коллективах, в школах.

Страны Центральной Азии, в том числе Кыргызстан относятся к региону высокой эндемичности по показателям заболеваемости острыми вирусными гепатитами, на основании данных официальной статистики и частоте выявления серологических маркеров инфицирования вирусами гепатитов. Самый высокий показатель заболеваемости гепатитом «А» (560,2 на 100 тыс. населения) за прошлые 15 лет был отмечен в 1997 году. Официально регистрируется заболеваемость острыми вирусными гепатитами «А», «В» и «С». По данным ДГСЭН КР в этом году (2012 г.) увеличилась заболеваемость вирусными гепатитами в 1,7 раза, число заболевших составило 17801 случай (322,8) против 10656 случаев (193,2) за 11 месяцев прошлого года. Из них 95,8% составляет вирусный гепатит «А». Отмечается рост заболеваемости гепатитом «А» (2006 г. – 117,6; 2007 г. – 233,0; 2008 г. – 198,6; 2009 г. – 225,8; 2010 г. – 201,4; 2011 г. – 193,2; 2012 г. – 322,8 на 100 тыс. населения). Наибольшее число случаев ВГА регистрировалось в крупных городах Ош и Бишкек, где интенсивный показатель составил в 2008 г. – 235,9 соответственно 159,4; 2009 г. – 279,4 и 134,6; 2010 г. – 226,5 и 114,5; 2011 г. – 209,9 и 103,2; 2012 г. – 375,6 и 310,1.

В Баткенской (399,1), Иссык-Кульской (393,0) областях и в г. Ош (410,0), заболеваемость превышала республиканский показатель в 1,2; 1,2; 1,3 раза соответственно. Аналогичный уровень был зарегистрирован в 2004 г.

Сохраняется летне-осенняя сезонность ВГА, резкий скачок заболеваемости отмечался в августе (в 2 раза выше, чем в прошлые годы). С началом осени, в сентябре, заболеваемость гепатитом «А» увеличилась в 3 раза.

Подъем заболеваемости вирусного гепатита «А» обусловлен не только очередным циклом, но и другими факторами: скученностью населения, массовой миграцией, низким уровнем санитарной культуры у части населения, отсутствием централизованного водоснабжения отдельных территорий. Вышеуказанные данные свидетельствуют о напряженной эпидемиологической ситуации по вирусному гепатиту «А» в Республике.

В настоящее время мировое сообщество рассматривает массовую вакцинацию как наиболее эффективное средство снижения заболеваемости.

По литературным данным [1], в возрастной структуре детей, больных ВГА за последние 20 лет произошли изменения, наблюдается тенденция сдвига заболеваемости в сторону детей старшего возраста и подростков. Смещение заболеваемости вирусного гепатита «А» в эти возрастные группы, способствуют увеличению микст-гепатитов (ВГА+ВГВ), что ведет к увеличению тяжести клинического течения, увеличению также тяжелых форм ВГА. Отечно-асцитический синдром - осложнение гепатита, который следует считать неблагоприятным прогностическим признаком прогрессии заболевания. До настоящего времени четкие механизмы формирования отечно-асцитического синдрома при заболеваниях печени остаются недостаточно ясными. Предполагается, что периферическая вазодилатация является причиной уменьшения почечного кровотока, задержки соли и воды, а портальная гипертензия является основной причиной накопления жидкости в брюшной полости. В патогенезе асцита придается значение низкому онкотическому давлению плазмы, повышенному лимфообразованию



Рис. 1. Заболеваемость ВГА детей, по данным РКИБ

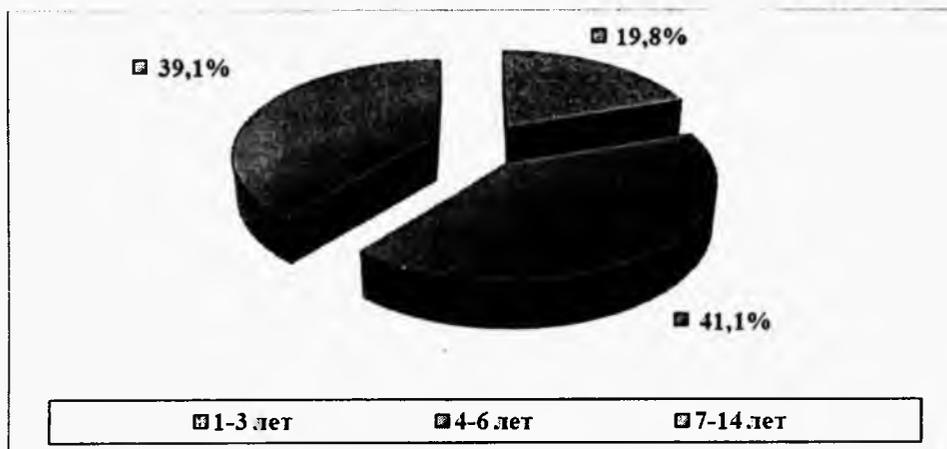


Рис.2. Возрастная структура детей, больных ВГА

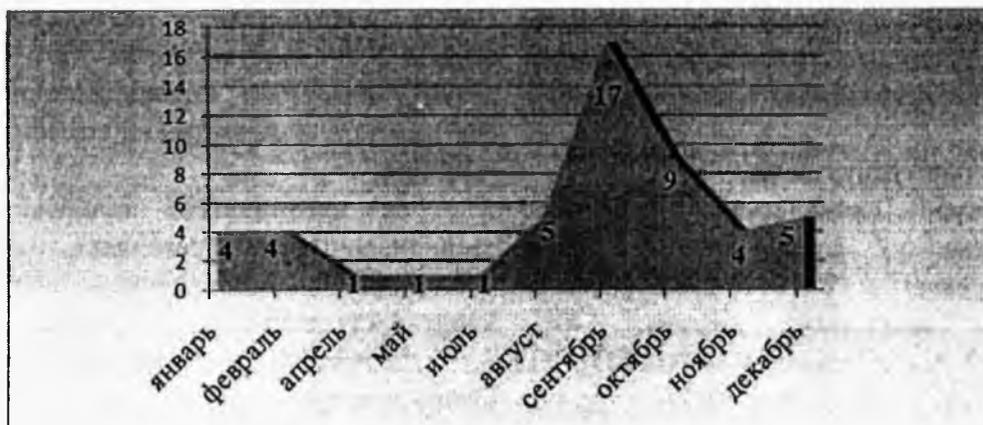


Рис.3. Время поступления детей, больных ВГА с отечно-асцитическим синдромом

и гормональным нарушениям. При этом обратимость указанных изменений зависит от стадии поражения печеночных клеток [4].

Имеются сведения [4,6] о развитии тяжелой и фульминантной форме гепатита «А» с развитием острой печеночной энцефалопатии в 0,1–1% случаях всех вирусных гепатитов. Поэтому большую роль играет ранняя диагностика, своевременная госпитализация больных, этиологическая расшифровка вирусных гепатитов и рациональная патогенетическая терапия.

Цель данного исследования изучить клинические особенности вирусного гепатита «А» у детей, протекающих с отечно-асцитическим синдромом.

Материалы и методы

В работе проведен анализ 51 истории болезни детей, у которых ВГА протекал с асцитом, которые находились на стационарном лечении в одном из отделений Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за период 2012 г.

Всем больным были проведены общеклинические и биохимические обследования. По показаниям проводилось исследование свертывающей системы крови, уровня общего белка и белковой фракции, дополнительные методы обследования (УЗИ, рентгенография органов грудной клетки).

Лабораторная расшифровка этиологии вирусных гепатитов проводилось с помощью серологических исследований (ИФА) в референс-лаборатории. Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение

Структура клинических диагнозов всех гепатитов у детей, которые были госпитализированы в РКИБ в 2012 г., была представлена следующим образом: ВГА–2399 (98,9%), микст гепатиты ВГА+ВГВ – 1 (0,1%), ВГВ – 10 (0,4%), ВГС–1 (0,1%), не верифицированный – 14 (0,5%). В этиологической структуре вирусных гепатитов у детей лидирующее место занимает ВГА.

По данным РКИБ г. Бишкек, заболеваемость ВГА среди детского возраста

имеет неуклонный рост (рис.1).

Согласно поставленной цели, нами проведен детальный анализ 51 истории болезни детей, у которых вирусный гепатит «А», протекал с отечно-асцитическим синдромом. Возрастная структура этих обследованных детей, распределилась следующим образом: 1-3 лет – 10 (19,8%), 4-6 лет – 21 (41,1%), 7-14 лет – 20 (39,1%), что свидетельствует о преобладании детей старшего возраста (рис.2). Эти данные совпадают с исследованиями других авторов [1,2].

Количество заболевших 29 (56,9%) городских детей преобладало, чем сельских 22 (43,1%). По половому признаку число заболевших мальчиков также было больше 29 (56,9%), по сравнению с девочками – 22 (43,1%).

Подъем заболеваемости отмечен с конца августа с максимальным ростом в сентябре (68,6%), что соответствует пику заболеваемости ВГА (рис. 3).

При изучении историй болезни выявлено, что большинство 45 (88,2%) детей, больных ВГА поступили в стационар на 3-7 день от начала болезни. В поликлиники города за медицинской помощью обратились 18 (35,3%) детей, у 11 (21,6%) был диагностирован вирусный гепатит и направлены в инфекционный стационар. Остальные 7 (13,7%) больных лечились на дому по поводу ОРВИ, получали антибиотики пенициллинового ряда в течение 2-4-х дней, и при ухудшении состояния поздно поступили в РКИБ. Ошибки врачей в диагностике вирусного гепатита, были обусловлены обращением этих детей в начальный период болезни, когда еще нет желтухи и клинические симптомы схожи с гриппом.

За медицинской помощью в другие стационары города обратились 9 (17,6%), у которых своевременно диагностирован вирусный гепатит.

Структура предварительных диагнозов свидетельствует о своевременном (94,1%) выявлении ВГА в различных медицинских учреждениях.

Необходимо отметить, что каждый четвертый 24 (47,1%) поступивший больной в РКИБ не имел направления, из них 2 больных

детей, сразу госпитализированы в отделение реанимации, где находились на лечении от 1 до 3 дней.

Из анамнеза жизни удалось установить, что все дети родились доношенными. Преморбидный фон обследованных больных был отягощен: неблагоприятным акушерским анамнезом (13,7%), анемией I-II степени (11,8%), ВПС (1,9%). Наиболее часто в спектре перенесенных заболеваний регистрировались: ОРВИ (80,4%), ОКИ (31,4%), пневмония (17,6%), ветряная оспа (3,8), инфекция мочевыводящих путей (1,9%).

Из эпидемиологического анамнеза установлено, что каждый третий (27,4%) заболевший имел контакт с больным ВГА (в семье, дошкольных учреждениях, в школе).

Основными жалобами больных при поступлении в стационар были: слабость, снижение аппетита, боли в животе, тошнота, рвота, желтушное окрашивание склер и кожи, носовые кровотечения, «потемнение» мочи.

Начало ВГА было острым, с повышением температуры 37,0-39,0°C. и других симптомов интоксикации. Степень выраженности симптомов интоксикации и ее продолжительность определяла тяжесть заболевания. Так длительность интоксикации была дольше ($4,6 \pm 0,3$ дней), по сравнению с длительностью температуры ($2,1 \pm 0,2$ дней). Во всех 51 случаях ВГА протекал в тяжелой форме, с проявлениями асцита, отеков.

Начальный (преджелтушный) период болезни протекал по смешанному варианту 39 (76,5%), реже гриппоподобному – в 12 (23,5%). Длительность преджелтушного периода в среднем составила $4,1 \pm 0,2$ дней.

Необходимо отметить, что боли в животе были отмечены практически у всех больных, проявлялись продолжительными болями в правом подреберье, эпигастральной области. В единичных 3 (5,8%) случаях наблюдались острые боли, симулирующие аппендицит.

Большинство больных отмечали тошноту 41 (80,4%), рвоту 37 (72,5%), длительность рвоты составила $2,6 \pm 0,4$ дней.

Изменение цвета мочи (насыщенно-желтый) отмечали на 2-4 день от начала болезни,

что соответствует концу преджелтушного периода ВГА.

Следующий период характеризовался желтушным окрашиванием склер, слизистых, кожи, позднее ладоней, стоп. Интенсивность желтухи определяла тяжесть гепатита, степень биохимических сдвигов, т.е. билирубинового обмена. В среднем длительность желтушного периода составила $6,3 \pm 1,7$ дней. Лишь в 2-х случаях длительность желтухи была дольше (20-25 дней), что обусловлено течением ВГА с холестатическим компонентом.

На высоте желтухи размеры печени у больных ВГА, были максимально увеличены. Печень (82,4%) выступала из-под правого реберного края на 2,0-2,5 см, реже (17,6%) на 3,5-4,0 см. При пальпации край печени имел мягкую консистенцию, заострен, подвижный, болезненный. Увеличение селезенки наблюдали лишь у 5 (9,8%) больных, край селезенки при пальпации был умеренно плотный, иногда чувствительный.

Асцит развивался у всех больных, уже в первые 3-5 дня от начала желтухи, что свидетельствует о тяжести болезни.

Одновременно с нарастанием желтухи отмечалось изменение цвета стула (ахолия). Степень изменения окраски экскрементов зависела от степени отека печеночной ткани, сдавления печеночных ходов и нарушения экскреции желчи в ЖКТ.

В 4 (7,8%) случаях мы наблюдали не характерную клиническую картину для ВГА. Так, у этих детей с нарастанием желтухи симптомы интоксикации нарастали и сохранялись в течение 7-14 дней. Среди объективных жалоб головокружение, повторная рвота, носовые кровотечения. Так у 8 (15,7%) больных отмечались кратковременные носовые кровотечения на 3-8 дни от начала желтухи, регистрировались однократно в сутки в течение 2-6 дней. Выявлена положительная корреляционная связь ($r=+0,4$) длительности симптомов интоксикации и носовыми кровотечениями, что косвенно констатирует тяжесть и возможность развития осложнений.

С началом периода реконвалесценции у всех детей, больных ВГА отмечалось угасание

желтухи, симптомов интоксикации до полного исчезновения.

Негативную роль на течение гепатита оказывала микст-инфекция в 4 (7,8%) случаях и суперинфекция в одном (1,9%), в виде ОРВИ. Надо отметить, что во всех случаях микст-инфекция была однотипной, характеризовалась воспалительными изменениями со стороны органов дыхания (пневмония, плеврит), имела тяжелое течение, вплоть до развития выпотного плеврита. На снимках имелись характерные рентгенологические изменения.

Во всех случаях диагноз ВГА был выставлен на основании серологического обследования (ИФА), выявления антител к HAV Jg M, что соответствует острому периоду болезни.

Анализ результатов биохимических показателей крови свидетельствует об умеренном повышении общего билирубина, с преобладанием связанного (прямой билирубин): общий билирубин $66,1 \pm 17,8$; прямой билирубин $46,3 \pm 11,2$; резком увеличении трансаминаз: АЛТ $1,2 \pm 0,3$; АСТ $0,8 \pm 0,2$. На протяжении всего периода заболевания, у всех наблюдаемых больных определялось увеличение тимоловой пробы $16,1 \pm 0,3$ единиц, что свидетельствует об активности процесса.

У всех больных, по показаниям, учитывая тяжесть гепатита, наличие асцита, были определены уровни общего белка $73,1 \pm 8,3$ г/л; альбумины $37,3 \pm 2,2$ г/л; протромбиновый индекс (ПТИ) $81,5 \pm 13,4\%$; время $20,1 \pm 0,4$. Выявленная положительная корреляционная связь ($r=+0,36$) ПТИ и уровня общего белка свидетельствуют об адекватной первичной ответной реакции организма (клеточного и гуморального иммунитета) на тяжелую форму ВГА и прогнозируют благоприятный исход болезни.

В периферическом анализе крови выявлен лимфоцитоз, что свидетельствует о вирусной этиологии заболевания.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости диагностирована картина изменений характерных для острого вирусного гепатита, наличие свободной асцитической жидкости в брюшной полости в

умеренном количестве до 400 мл (транзиторный асцит).

В лечении проводилась базисная терапия, которая включала наблюдение врача, режим и диету. Инфузионная терапия проведена всем больным, что свидетельствует о тяжести заболевания. В среднем длительность инфузионной терапии составила $4,2 \pm 0,3$ дней. В лечении назначали фуросемид, в возрастной дозировке, до исчезновения признаков асцита. Длительность использования мочегонных препаратов не превышала 5 дней. Кортикостероиды были назначены лишь в 3,8%; белковые препараты в 15,7% случаев, не более 2-х дней.

Каждому третьему (35,3%) больному назначали антибиотики цефалоспоринового (21,6%), пенициллинового (13,7%) ряда, в среднем продолжительность $4,0 \pm 1,2$ дней. Выявлена положительная корреляционная связь ($r=+0,4$) между длительностью температуры и антибиотикотерапии. Гепатопротекторы (рибоксин) больные получали весь период лечения в РКИБ.

Пребывание больных в стационаре составило $7,2 \pm 0,3$ дней. Больные были выписаны из стационара с улучшением. Однако у 21 (41,2%) больного, кроме увеличенных размеров печени, оставались патологически измененные функциональные печеночные пробы, что требует дальнейшего диспансерного наблюдения.

Выводы

В этиологической структуре острых вирусных гепатитов у детей, преобладает (98,9%) вирусный гепатит «А».

В последние годы заболеваемость вирусным гепатитом «А» имеет неуклонный рост в Кыргызстане и приобретает эпидемический характер.

Выявлено смещение заболеваемости вирусным гепатитом «А» в сторону детей старшего возраста и подростков, увеличение удельного веса тяжелых форм болезни с геморрагическим, отечно-асцитическим синдромом.

Необходимы новые подходы в диагностике, этиологической расшифровке

вирусных гепатитов, изменение принципа госпитализации и лечения ВГА у детей.

Литература:

1. Кареткина Г.Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики. // Ж. Лечащий врач.-2009,- № 4.- С. 10-12.

2. Таточенко В.К., Озерцовский Н.А.. Иммунопрофилактика 2000. Москва, 2000 г.

3. Шанин В.Ю. Патофизиология критических состояний //ЭЛБИ - СПб,- 2003,-С. 44 с.

4. Цодикова Г.В., Богомолова П.О. Печеночная энцефалопатия:

патофизиологические аспекты терапии //РМЖ. Болезни органов пищеварения. 2003,- №5,- С. 76-80.

5. Fitz. G.J. Hepatic Encephalopathy, Hepatopulmonary Syndromes, Hepatorenal Syndrome, Coagulopathy, and Endocrine Complications of Liver Disease. Feldman: Sleisenger & Fordtrans Gastrointestinal and Liver Disease, 7 th. Ed. 2002, P. 1543-49.

6. . Way Seah Lee, Patrick McKiernan, Deirdre Anne Kelly. Etiology, outcome and prognostic indicators of childhood fulminate hepatic failure in the United Kingdom. // Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 40:575–581 May 2005 Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мусаев У.С., Жумадылов К.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты обследования и лечения 132 больных с постхолецистэктомическим синдромом. У 47 выявлены функциональные нарушения, а у 85 – органические. Им выполнены операции. Осложнения после операции возникли у 6 больных (7,1%). Летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, диагностика, лечение, оперативное, билиодигестивные анастомозы.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИКАЛЫК СИНДРОМ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫ

ДАРЫЛОО ЖАНА ДАРТЫН АНЫКТОО

Мусаев У.С., Жумадылов К.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Постхолецистэктомикалык синдром менен ооруган 132 оорулууну дарылоонун жана текшерүүдөн өткөрүүнүн жыйынтыктары берилди. 47 оорулууда функционалдык, ал эми 85де – органикалык бузулуулар аныкталды. Аларга операция жасалды. Операциядан кийин 6 (7,1%) оорулуунун оорусу кабылдап кеткен. Өлүмгө дуушар болгондор жок.

Өзөктүү сөздөр: өттүнташ оорусу, кабылдоо, дартты аныктоо, дарылоо, оперативдүү, билиодигестивдүү анастомоздор.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

Musaev U.S., Gumadylov K.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: The results of examination and treatment of the patients with postcholecystectomy syndrome are presented in the article. The functional disturbances were in 47 patients and organic disturbances were in 85 patients. The complications in postoperative period were in 6 patients (7,1%). There were no lethal outcomes.

Key words: cholelithiasis, complications, diagnosis, surgical treatment, biliodigestive anastomosis.

Введение.

Несмотря на то, что к настоящему времени детально разработаны методы дооперационной и операционной диагностики желчнокаменной болезни и ее осложнений, техника оперативных вмешательств, число больных, у которых возникают осложнения, все еще остается на высоком уровне (7-10%) [1,4]. Эти осложнения носят название «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС), который включает многие осложнения: истинное камнеобразование в общем желчном протоке, ложный рецидив камнеобразования или «забытые» камни, которые в момент операции не были удалены по различным причинам, стенозирующий дуоденальный папилло-рубцово-воспалительное сужение большого

дуоденального сосочка, хронический билиарный панкреатит, гепатогенные дуоденальные язвы желудка, рубцовые сужения общего желчного протока, синдром длинной пузырной культы и др. Это далеко не весь перечень патологических нарушений, возникающих после холецистэктомии [2,5].

Причинами развития ПХЭС является позднее проведение операции, неполноценное обследование до и во время операции, хирургические неудачи во время операции: повреждение протоков, неправильное установление дренажей, оставление длинной культы пузырного протока, неизвлечение обнаруженных конкрементов и др. [3,6].

Своевременная диагностика характера осложнения после холецистэктомии имеет

Характер заболеваний, выявленных у больных с постхолецистэктомическим синдромом

Заболевания	Всего больных	
	абс. число	%
Холедохолитиаз	69	52,3
Холедохолитиаз в сочетании со стриктурой холедоха	6	4,5
Стриктура холедоха	5	3,8
Стеноз холедохоюноанастомоза	3	2,3
Опузырение культи пузырного протока с конкрементом	2	1,5
Хронический панкреатит	12	9,1
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	5	3,8
Спаечный процесс в брюшной полости	8	6,1
Хронический гепатит	22	16,6
Всего:	132	100,0

большое значение, так как многие больные длительное время лечатся с диагнозом «постхолецистэктомический синдром» без детального определения характера осложнения, в то время как больные с органическими нарушениями нуждаются в оперативном лечении.

Цель работы: представить характер осложнений у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Материалы и методы исследования: анализу подвергнуты 132 больных, которые поступили в хирургическое отделение ГКБ № 1, г. Бишкек в период с 2006 по 2011 год включительно. Мужчин было 61 (46,2%), женщин – 71 (53,8%). Возраст больных колебался от 32 до 70 лет. Сроки, прошедшие после операции, были различные: до 1 года – 26, от года до 2-х лет – 32, от 2 до 3 лет – 18, от 3 до 5 – 18, более 5 лет – 38. Болевой синдром и диспептические явления у большинства возникли в первый год после операции и лишь у 12 – после 3 лет. Все они длительное время лечились амбулаторно и некоторые из них стационарно (37 чел.). Наступало лишь временное улучшение.

В обследовании больных уделяли внимание анамнезу, выявляли симптоматику до операции и после нее и при возможности детально анализировали первую историю болезни для ознакомления хода операции, течения послеоперационного периода и в какие сроки после операции вновь появился болевой синдром и диспептические явления. При объективном обследовании обращали внимание на общее состояние больных, цвет кожных покровов и слизистых, размеры печени.

Использовали лабораторные методы

исследования: общий анализ крови и мочи, функциональные показатели печени и почек (билирубин, тимоловая проба, аминотрансфераза, общий белок, остаточный азот, мочевины, креатинин). Выполняли эзофагогастродуоденоскопию и ультразвуковое исследование печени и всех органов брюшной полости и малого таза. По показаниям при неясном диагнозе назначали компьютерную и магнитно-резонансную томографию. При необходимости выполняли рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта и в сложных случаях чрезкожную, чрезпеченочную холангиографию.

Результаты и их обсуждение: В результате выполненных обследований была выявлена следующая патология (табл.1).

Анализ первой истории больных с ПХЭС, который нам удалось осуществить у 83 больных, показал, что в момент операции обследование желчных протоков выполнено не в полном объеме. В основном хирурги использовали пальпацию, зондирование. Лишь у 5 применены холедохоскопия протока и у 3 – интраоперационная холангиография, что и явилось основной причиной возникновения ПХЭС.

При оценке полученных результатов функциональные нарушения обнаружены у 47 (35,6%), а у 85 – органические (64,4%), требующие оперативного лечения. Холедохолитиаз выявлен у 69 больных, из них резидуальные камни имели место у 43, а у 26 – рецидивные. К резидуальным конкрементам мы относим больных, у которых вскоре после операции вновь возникли боли, желтуха и больных, поступивших с дренажом или

желчным свищом, длительно не закрывающимся после операции. При детальном обследовании в холедохе выявлен неудаленный конкремент. К рецидивным - если на протяжении двух лет болевой синдром отсутствовал, состояние было удовлетворительным, а затем появились боли и диспептические явления. Но это деление чисто условное, так как при наличии оставленных обтекаемых конкрементов клинические проявления могут возникать и позже, при возникновении нарушения проходимости холедоха..

Больным, у которых не выявлено органических осложнений, проведено консервативное лечение, и они с результатами исследований направлены к гастроэнтерологу для динамического наблюдения и лечения.

С органическими осложнениями пациенты были оперированы, перечень операций и характер осложнений представлены в таблице 2.

Из 85 больных с органическими осложнениями у 29 при ревизии желчных протоков выявлены одиночные конкременты, произведена холедохотомия, камни удалены и осуществлено дренирование холедоха по Керу у 20, а у 9 – по Вишневскому. Послеоперационный период прошел без осложнений, желтуха быстро исчезла, после контрольной холангиографии дренаж удаляли. Все выписаны в удовлетворительном состоянии.

Наибольшую группу составили больные, которым был наложен холедоходуоденоанастомоз. У них в холедохе обнаружены замаскообразные или множественные конкременты. У двух больных в послеоперационном периоде через страховые дренажи на 4-5 сутки стало выделяться дуоденальное содержимое, что свидетельствовало о несостоятельности швов анастомоза, но явлений перитонита не было. Дренажи обеспечивали адекватное дренирование, поэтому повторную операцию не производили. Отделяемое из дренажей постепенно уменьшалось, а затем вообще прекратилось. Дренажи были удалены.

В тех случаях, когда вокруг двенадцатиперстной кишки обнаруживали

обширный спаечный процесс, кишка была деформирована, расширена, неподвижна, что указывало на наличие дуоденостаза, желчные протоки анастомозировали с тощей кишкой по Ру на выключенной петле. Это, в основном, при наличии конкрементов и стриктур печеночного протока, но это были единичные больные. Лишь у 5 наложен бигепатикосюноанастомоз с транспеченочным дренированием. При наложении билиодигестивных анастомозов мы всегда дренировали желчные протоки и анастомоз микроирригатором, через который после операции осуществляли промывание протоков и анастомоза озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а при выполнении транспеченочного дренирования через эти дренажи осуществляли санацию желчных протоков озонированными растворами. У всех больных после операции через день выполняли УЗИ для оценки течения раневого процесса и своевременного скопления экссудата в брюшной полости.

В послеоперационном периоде больные получали инфузионную терапию (гемодез, глюкозу, витамины, реополиглюкин и др.) и антибиотики, в основном цефалоспорины II-III поколения. Состояние больных постепенно улучшалось, нормализовалась температура на 2-3 сутки, снижался уровень билирубина. Осложнения отмечены у 6 больных (7,1%): у 2 – несостоятельность анастомоза, еще у двух – инфильтрат в области операционной раны, у одного – нагноение раны и у одного – пневмония. К моменту выписки осложнения были излечены.

При выписке выполнено рентгенологическое исследование желудка и кишечника. Лишь у двух больных отмечено кратковременное забрасывание кишечного содержимого в желчные протоки, но клинически оно не проявлялось.

Выводы:

Больные с диагнозом постхолестистэктомический синдром нуждаются в детальном обследовании с целью выявления органических осложнений. На нашем материале органические осложнения составили 64,4%, требующие оперативного лечения.

Использование билиодигестивных

Таблица 2.

Типы оперативных вмешательств у больных с постхолецистэктомическим синдромом и характер осложнений после операции (n-85)

Тип операции	Всего больных		из них возникли осложнения:				
	абс. число	%	несос. швов анастомоза	нагноение раны	инфильтрат	пневмония	Всего осложнений
Холедохотомия, наружное дренирование	29	34,1	-	-	1	-	1
Холедохотомия, внутреннее дренирование:							
гепатикоюноанастомоз	2	2,4	-	-	1	-	1
бигепатикоюноанастомоз	5	5,9	-	1	-	-	1
гепатикодуоденоанастомоз	1	1,2	-	-	-	1	1
холедоходуоденоанастомоз	48	56,4	2	-	-	-	2
Итого:	85	100,0	2	1	2	1	6 (7,1%)

анастомозов по показаниям позволяет ликвидировать явления механической желтухи, холангита и добиться выздоровления.

В послеоперационном периоде необходимо динамическое УЗИ с целью своевременного выявления скопления жидкости в брюшной полости.

Литература

1. Конькова М.В. Возможности ультразвукового метода исследования в определении семиотики постхолецистэктомического синдрома М.В. Конькова, Н.А. Смирнов, А.А. Юдин // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011, – Том 6, № 2, – С.50-51.

2. Результаты лечебно-диагностических эндоскопических вмешательств у больных с постхолецистэктомическим синдромом [Текст] / Ф.Г. Назыров, Л.П. Струсский, А.В. Девятов

и др. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Том 6, № 2, – С.64-65.

3. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом Е.В. Нишкевич, А.В. Столин, И.В. Шелепов и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2009, - № 4, – С. 22-26.

4. Ситенко В.М. Шовные нити как причина образования желчных камней В.М. Ситенко, В.В. Федоткин, С.Л. Калашников // Вестник хирургии. – 1994,- № 1, – С. 47-51.

5. Martisani R. Tratamiento de la choledocolitiasis residual R. Martisani, C.A. Carces // Rev. Cubana Chir. – 1995. – Vol. 23, # 6. – P. 587-592.

6. Tobaldi F. Calcolosi biliare seconaria considerazioni trattamento [Text] / F. Tobaldi // Chir. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 24, # 1. – P. 29-34.

ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Мусаева Н.А.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты применения антибиотиков (1 группа) и инфракрасного облучения в сочетании с озонированными растворами (2 группа) у 92 больных с острыми гинекологическими заболеваниями. Осложнения в первой группе возникли у 7 из 60 больных, а во второй группе – у 1 из 32.

Ключевые слова: воспалительные заболевания, внутренние половые органы, оперативное лечение, осложнения, профилактика.

ОПЕРАТИВДИК ГИНЕКОЛОГИЯДАГЫ ЖАРАТ КАБЫЛДООЛОРУН АЛДЫН АЛУУ

Мусаева Н.А.

Кыргыз мамлекеттик медицина денгээлин жогорлатуу жана кайра даярдануу институту
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Курч гинекологиялык ооруга чалдыккан 92 оорулунун бейтап баяны изилденди. Биринчи топто антибиотиктердин таасирине байкоо жүргүзсөк, экинчи топко инфракызыл нурланууга кошумча озон эритмелерин колдонуусунан кийинки таасирине байкоо жүргүзүлгөн. Биринчи топто 60 бетаптын ичинен 7 кабылдоолор болсо, экинчи топто 32 бетаптын ичинен бирөөсү гана кабылдоого учураган.

Чечуучу создор: сезгенүү оорулары, ички жыныс органдары, оперативдик дарылоо, кабылдоо, алдын алуу.

PROPHYLAXIS OF WOUND COMPLICATIONS IN OPERATIVE GYNECOLOGY

Musaeva N.A.

Kyrgyz State Medical Institute of retraining and qualification upgrading,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: Presented in this paper are the results of the use of antibiotics (Group 1) and of infrared radiation in combination with ozonated solutions (Group 2) in 92 patients with acute gynecological diseases. In Group 1, complications occurred in seven out of 60 patients; in Group 2 – in one patient out of 32.

Key words: inflammatory diseases, internal genitals, operative treatment, complications, prophylaxis.

При острых гинекологических заболеваниях (нагноение кист, пиовар, пиосальпинкс и др.) в большинстве случаев показано оперативное лечение [6,7], но в послеоперационном периоде нередко возникают гнойно-воспалительные раневые осложнения, которые не только ухудшают состояние больных, но и значительно увеличивают сроки пребывания больных в стационаре [4,5], поэтому идет постоянный поиск наиболее эффективных мер профилактики. Наиболее широко применяются антибиотики [2,7], в различных вариантах и использование физических факторов [4,8], это озонированные растворы и инфракрасное лазерное излучение, но они применялись в основном в лечении гнойных заболеваний [1,7], а какова их эффективность как мер профилактики,

то результаты их довольно противоречивы, что требует продолжение исследований в этом плане.

Цель работы- оценить эффективность применения антибиотиков и комплекса метода-инфракрасное излучение в сочетании с озонированными растворами при оперативном лечении острых гинекологических заболеваний.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 92 женщины с острыми воспалительными заболеваниями гениталий в возрасте от 17 до 62 лет, с давностью от 6 часов до 3 суток. Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Из числа поступивших нами были выделены 2 группы в зависимости от мер профилактики. Первую составили 60 женщин,

Типы операции	Контрольная группа n-60		Основная группа n-32	
	Abs.	%	Abs	%
Экстирпация матки без придатков абдоминальным путем	16	26,6	-	-
Пластика внутренних половых органов	6	10	-	-
Резекция яичника	8	13,3	4	12,5
Кистэктомия	2	3,4	7	21,8
Тубэктомия односторонняя	16	26,6	6	18,7
Тубэктомия двухсторонняя	8	13,3	4	12,5
Аднексэктомия односторонняя	1	1,6	2	6,3
Аднексэктомия двухсторонняя	2	3,4	1	3,1
Тубэктомия с резекцией яичника	1	1,6	2	6,3
Резекция яичника с аппендэктомией	-	-	3	9,4
Овариоэктомия	-	-	3	9,4
Итого	60	100%	32	100%

которые после операции с целью профилактики получали антибиотики (цефазолин, гентамицин, метрид) и у 32 женщин, помимо традиционной антибиотикопрофилактики в комплекс включена обработка брюшной полости в момент операции озонированными растворами поваренной соли с концентрацией озона 8-10мкг/мл и через сутки на область операционной раны осуществляли инфракрасное облучение аппаратом «Мустанг» с экспозицией 8 минут, на курс лечения 4-5 сеансов. Больные обеих групп получали инфузионную терапию и обезболивающие средства по показаниям.

Мы остановились на инфракрасном излучении и озонированных растворах, так как в настоящее время установлено, что оба они обладают бактерицидным, антиоксидантным, иммуномодулирующим и десенсебилизирующим действием [1,7]. Для оценки эффективности использовали клинические показатели: температурная реакция, исчезновение болевого синдрома, длительность стационарного лечения и лабораторные данные общего анализа крови и лейкоцитарный индекс интоксикации, ультразвуковое исследование

органов малого таза и брюшной полости.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных обследований в момент операции выявлены воспалительные заболевания органов малого таза: односторонний пиосальпинкс и разрыв кисты у 7 больных, двухсторонний пиосальпинкс у 5, двухсторонний гнойный сальпингит у 3, перекрут кисты яичника у 3, пиовар с пиосальпинксом у 6, киста яичника у 6, пиосальпинкс с сальпингитом у 4, нарушенная трубная беременность по типу разрыва трубы у 7, по типу трубного аборта у 8, разрыв нагноившейся кисты у 4, киста яичника в сочетании с гнойным сальпингитом у 3, пиовар с нагноившейся эндометриодной кистой у одной больной, разрыв кисты с острым аппендицитом у 3, пиосальпинкс с сочетанием с поликистозом яичников у 2 и перфорация матки у одной, миома матки у 13, миома матки с кистой яичника у 3, пролапс гениталий у 6 больных. Характер патологии был одинаков в обеих группах. Типы операций даны в таблице 1.

Мы проследили за течением послеоперационного периода у женщин обеих групп и при этом отметили, что повышение

Показатели общего анализа крови больных контрольной и основной группы

Показатели	Контрольная группа		Основная группа	
	до лечения M_1+m_1	при выписке M_2+m_2	до лечения M_3+m_3	при выписке M_4+m_4
Гемоглобин, г/л	117,0±2,59	108,0± 2,55	110,0± 1,21	116,4 ±3,91
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 > 0,05$	
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,9±0,05	3,5± 0,55	3,4 ± 0,07	3,5± 0,11
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 > 0,05$	
Лейкоциты, $10^9/л$,	12,45±0,30	8,72 ±0,23	14,1± 0,41	7,2 ±0,24
P	$M_1 - M_3 < 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,05$	
Палочкоядерные, %	5,34± 0,40	5,49± 0,22	5,21 ±0,19	3,12± 0,09
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,01$	
Сегментоядерные, %	61,0 ± 1,42	67,1± 1,24	62,7 ±1,72	66,4 ± 2,14
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 > 0,05$	
Лимфоциты, %	25,0 ± 0,59	21,2 ± 0,78	20,15±0,12	28,2 ±0,31
P	$M_1 - M_3 < 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,01$	
Моноциты, %	4,42 ±0,29	6,7 ±0,32	4,15 ±0,19	4,87 ±0,12
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,05$	
Эозинофилы, %	4,2 ± 0,11	3,09 ±0,17	5,12 ± 0,15	2,71± 0,09
P	$M_1 - M_3 < 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,05$	
СОЭ, мм/час	21,0± 0,93	18,4 ±0,14	25,4 ± 1,11	14,15± 0,71
P	$M_1 - M_3 < 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,05$	
ЛИИ	3,21 ± 0,09	2,01 ± 0,07	3,32 ± 0,11	1,4 ± 0,06
P	$M_1 - M_3 > 0,05$		$M_2 - M_4 < 0,01$	

температуры тела на протяжении 3-4 дней отмечено у 9 из 60 больных контрольной группы и лишь у одной больной основной группы в течении двух дней была субфебрильная температура, болевой синдром в контрольной группе держался на протяжении 2-3 дней, что требовало назначения обезболивающих средств, а в основной группе обезболивающие средства больные получали лишь 1-2 суток.

В послеоперационном периоде осложнений со стороны малого таза и брюшной полости не наблюдали в обеих группах, а раневые осложнения к контрольной группе отмечены у 7 из 60 (11,7%) оперированных (инфильтрат у 5, нагноение раны у 2), а в контрольной группе у одной из 32 (3,1%) – это был инфильтрат в области операционной раны. Среднее пребывание больных в стационаре в контрольной группе составило $8,8 \pm 0,29$, в основной $9 \pm 1,81$ койко-дней.

До операции и к моменту выписки мы проследили за показателями общего анализа крови (табл. 2)

Анализ показателей крови позволил установить, что до операции они почти были

равнозначны в обеих группах, лишь количество лимфоцитов было до операции меньше в основной группе по сравнению с контрольной, а количество эозинофилов достоверно выше, а остальные показатели не отличались.

При сравнении этих же данных к моменту выписки более высокие положительные сдвиги были в основной группе. Так, достоверно снизился уровень лейкоцитов, палочкоядерных и эозинофилов, снизилась СОЭ почти до нормы и существенно отличается ЛИИ от контрольной группы больных, что подтверждало преимущество профилактики осложнений с использованием инфракрасного облучения с озонированными растворами в комплексе с традиционной профилактикой, что способствует снижению частоты осложнений в оперативном лечении гнойно-воспалительных заболеваний в оперативной гинекологии.

Таким образом, наши исследования позволяют рекомендовать с целью профилактики осложнений после операций, выполненных по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки инфракрасное облучение с озонированными растворами. Использование

этого метода существенно улучшает клинико-лабораторные показатели, что подтверждает эффективность метода и может быть рекомендовано для использования его в гинекологических и хирургических отделениях. Инфракрасное излучение и озонированные растворы оказывают однонаправленное действие на раневой процесс и организм, потенцируя друг друга.

Литература:

1. Асылбашев Р. Прогнозированное лечение гнойных ран., Автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.00.27. Бишкек, 2007, С.21.
2. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воронпаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М:Прогресс, 2004, -С.137
3. Доброквашин С.В., Волков Д.Е., Мингазов Р.Т., Измайлов А.Г. Профилактика раневых гнойно-воспалительных осложнений в неотложной гинекологии// Казанский медицинский журнал.-2003,-№2,-С.38-42.
4. Коротких И.Н., Ходасевич Э.В., Бригадирова В.Ю. Использование низкочастотного магнитного поля в комплексной реабилитации родильниц после кесарева сечения//Акушерство и гинекология.-2009,-№6.- С.27-30.
5. Краснопольский С.В., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. М:Медпресс, 2001,-288с.
6. Радзинский В.Е. Перинеология. М:Медицинское информационное агентство, 2006,- С.331.
7. Уткин Е.В. Клиника, диагностика и терапия воспалительных заболеваний придатков матки неспецифической этиологии. Кемерово: Кузбасс, 2010,-С.168.
8. Komat A.A., Brancazio L., Gibson M. Wound infection in gynecologic surgery//Infect. Gynecol.-2000,-Vol 8,-P.230-234.

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ
РОЛЬ КОАГУЛОПАТИИ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ
КРОВОТЕЧЕНИЯХ И АНТИФИБРИНОЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данном сообщении обсуждается роль коагулопатии в причинах массивных акушерских кровотечений и опыт 258 (из них 51, 5% без удаления матки) операций с перевязкой сосудов и проведением антифибринолитической терапии (транексамовая кислота) при критических ситуациях в родовспомогательных учреждениях Кыргызской Республики.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, коагулопатия, перевязка маточных и/или внутренних подвздошных артерий, рекомбинантный фактор, транексамовая кислота.

**АКУШЕРЛИК КАТУУ КАН АГУУДА КОАГУЛОПАТИЯНЫН ОРДУ
ЖАНА АНТИФИБРИНОЛИТИКАЛЫК ДАРЫЛОО
Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул иште акушерлик кан агуу себептеринде кан коюлануусунун өзгөрүүсүнүн орду жана 258 аялдын төрөттө катаал шартта (анын ичинде 51, 5% жатынды сактоо менен) коштолгон коагулопатиялык кан агуусун антифибринолитикалык дарылоо жана жатын кан тамырын байлоо менен аялдын төрөт жөндөмүн сактап калуу мүнкүнчүлүгүн иликтөө жүргүзүлгөн

Өзөктүү сөздөр: акушерлик кан агуу, коагулопатия, жатын кан тамырын жана ички жайык артериясын байлоо, рекомбинанттык фактор, транексам кислотасы.

**THE ROLE OF COAGULOPATHY IN MASSIVE OBSTETRIC
HEMORRHAGE AND ANTIFIBRINOLYTIC THERAPY
Musuraliev M. S., Makenjan uulu A., Omurbekova M.M.**

Kyrgyz State Medical Academy by I.K.Akhunbaev, department of obstetrics and gynecology №1,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: In this report discussed the role of coagulopathy in the causes of massive obstetric hemorrhage and experience of 258 (of which 51, 5% non-removal of the uterus) operations with ligation of vessels and holding antifibrinolytic therapy (tranexamic acid) in critical situations in maternity institutions of the Kyrgyz Republic.

Keywords: massive obstetric hemorrhage, coagulopathy, uterine and/or hypogastric artery ligation, recombinant factor, tranexamic acid.

Проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин являются приоритетной задачей медицины. Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и послеродового периода является кровотечение. В Кыргызской Республике за последние годы по данным обзоров частота материнской смертности несколько изменились [1-3], и в структуре частота акушерских кровотечений от 27,6% (2009 г) по итогам 2010 г увеличилась до 44,2% и находится на первом месте, а второе занимают гипертензивные нарушения - 23,1% и доля септических осложнений составила 3,8% [4]. Результаты конфиденциального аудита проведенный в Республике Казахстан

за 2010 г, основными причинами материнской смертности в акушерской практике явились также кровотечения - 29,0%, сепсис -19,9% а гипертензивные нарушения беременности - 11,8% [19]. Массивные акушерские кровотечения (МАК) в мировом масштабе остаются причиной более 50% случаев предполагаемых 500 000 материнских смертей каждый год [32], и, как правило одной из главных причин материнской смертности в развивающихся странах [29, 31, 37, 38, 56].

В последние годы в медицинской практике оказалось значимым изучение больных, оказавшихся на грани смерти «near-miss», «едва выживших» или «чуть не умерших». Ситуации

опасные для жизни «критические случаи» происходят значительно чаще, нежели случаи материнской смертности, поэтому анализ этих ситуаций способствует улучшению службы оказания неотложной помощи и разработке инновационных технологий [5, 6, 7, 11, 34, 40, 41, 56].

Результаты внедрения системы аудита угрожающих жизни осложнений в Казахстане за 2009-2010 годы показали, что основную группу составляли кровотечения, септические осложнения, гипертензивные нарушения [20], в наших наблюдениях эти же состояния также являются предметом экстренной неотложной помощи [10].

Свод данных за последние годы соответствующих РКИ, систематических обзоров и мета анализов и данные содержащие обновленные доказательные базы, стран дальнего и ближнего зарубежья, показал основные группы причин тяжелых кровотечений:

а) массивные акушерские кровотечения (МАК) обусловлены рядом причин, но ведущее место занимают изменения системы гемостаза (*более 2/3 из всех причин*), с первичными коагулопатическими проявлениями ДВС-синдрома и, как правило, сопровождаются шоком и являются причиной материнской смертности [15, 16, 21, 42, 51];

б) в клинической практике для этих резистентных к фармакотерапии МАК традиционно доступно - удаление матки с потерей будущего репродуктивного потенциала [22, 23, 44]. По данным *Smith J, Mousa H.A (2007)* частота гистерэктомий находится от 1:331 до 1:6978 родов по причине: а) отслойка и/или вращение плаценты; б) травматические повреждения матки; в) атония матки [50]. По данным эпидемиологических исследований *UKOSS* частота гистерэктомий в среднем равна 0,41:1000 живорождений. Это говорит о том, что на одну женщину, умершую от кровотечения, приходится свыше 60 женщин, перенесших гистерэктомию [34]. В клинической практике остается мнение о необходимости проведения гистерэктомии во избежание массивного кровотечения при кесаревом сечении без попыток отделения плаценты у пациенток с *placenta accreta*. Риск гистерэктомии возрастает при кесаревом сечении у женщин при

предлежании плаценты с признаками врастания и составляет от 0,65%, с 2-мя рубцами в анамнезе до 0,9%; и от 2,4% (с 3-мя) до 8,99% у рожениц при 5-м кесаревом сечении [45]. Высока материнская смертность, связанная с предлежанием плаценты [26, 42, 49, 52];

в) тромбоцитопатические заболевания и развитие острого ДВС (тяжелая преэклампсия, эклампсия), лабораторно подтвержденное внутрисосудистое свертывание, фибринолиз или тяжелое неконтролируемое кровотечение, амниотическая эмболия, ТЭЛА, HELLP- синдром [5, 8, 9, 14, 24].

Анализ 73 случаев материнской смерти в Кыргызской Республике за последние десятилетия наступивших от МАК явился результатом: во-первых, тяжелой преэклампсии осложненной отслойкой плаценты (53,4%), амнио- или тромбоемболическими осложнениями (ЭАЖ/ТЭЛА - 17,8%); во-вторых, антенатальной гибелью плода (замершая беременность, мертвый плод (72,6%); в третьих, развитием фибринолиза и их в сочетании с тромбоцитопенией (76, 7%). В совокупности критическая ситуация приведшая к смерти матери в 84,9% случаев проявилась коагулопатическим кровотечением [13].

Отсюда, проблема охраны репродуктивной функции с применением инновационных подходов с исходом не только сохранения жизни, кровосберегающие и органосохраняющие методы лечения без удаления детородного органа является архиважным. В профилактике послеродовых кровотечений ведущая роль принадлежит утеротоническим средствам [25], а терапия массивной кровопотери в акушерстве включает в себя комплекс мероприятий, среди которых по-прежнему доминируют хирургические методы остановки кровотечения. В клинической практике обсуждаются разные хирургические методы: гистерэктомия, лигирование сосудов, селективная эндоваскулярная эмболизация маточных артерий [28, 52, 58, 59].

По данным современных исследований патогенез коагулопатических кровотечений связан с развитием генерализованного синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и причины смерти связаны с

гиперпродукцией провоспалительных цитокинов (ФНО, ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8), являющихся ключевыми в развитии шока, РДС взрослых, ДВС-синдрома и обуславливающих раннюю летальность [16]. Кроме этого, при патологических состояниях, таких как преждевременные роды, тяжелая преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром, жировая дистрофия печени, отслойка плаценты, антифосфолипидный синдром и/или тромбоцитопенические состояния, гемостаз может смещаться в сторону активации тканевых активаторов пламиногена (t-PA), и если не на системном уровне, то на локальном уровне – в плаценте развивается гиперфибринолиз. В активации системы протеолиза и фибринолиза играет роль и системная воспалительная реакция (СВР), характерная для осложненной беременности. Этим и можно объяснить, что при структурной целостности матки и её нормальном тоне очень часто продолжается кровотечение, резистентное к традиционной терапии [21, 23, 27, 32, 44].

Это объясняет актуальность разработки эффективных и своевременных консервативных мероприятий, которые во многих случаях могут предотвратить развитие критического состояния и удаление матки. По мнению многих авторов, патогенетическое лечение коагулопатических акушерских кровотечений должно проводиться хирургическими методами лечения (билатеральная деваскулиризация сосудов матки и/или внутренних подвздошных артерий, рентгено-эндоваскулярная эмболизация сосудов). [11, 12, 32, 33, 34]. Одним из основных принципов консервативного лечения коагулопатических кровотечений является активная тактика трансфузионной терапии – раннее и быстрое введение адекватных объемов свежемороженой плазмы для восстановления гемостатического потенциала крови, использование ингибиторов протеаз, антиплазминовых препаратов и ингибиторов фибринолиза [15, 18, 30]. В настоящее время консервативная терапия с применением ингибиторов фибринолиза включает рекомбинантный фактор и транексамовую кислоту [35, 54, 57].

Согласно международным рекомендациям и больничным соглашениям,

пациентам с риском массивных кровотечений назначают свежемороженную плазму, концентраты факторов свертываемости крови (фибриноген, VII активированный рекомбинантный фактор) и гемостатические средства (антифибринолитические препараты, десмопрессин).

Имеются опубликованные данные обзора международной литературы обобщения опыта применения рекомбинантного фактора (rFVIIa) в клинических центрах Австралии и Новой Зеландии по данным центра гемостатического регистра Университета Monash (F. Welsh et al., 2008), где обобщены обзоры статей по 65 случаям применения rFVIIa при акушерских кровотечениях (Llewelin C. et al, 2004), Европейские (Wkly, 1996) и Американские обзоры (Waterstone M. и соавт., 2001). В руководствах указано, что применение rFVIIa должно быть после выполнения хирургических мероприятий (лигирования маточных и/или внутренних подвздошных артерий) или радиологических мероприятий (селективная рентгенологическая эмболизация маточных артерий), соответственно принятой в местной практике и имеющихся местных ресурсов [57].

Рекомбинантный активированный фактор – rFVIIa (Novo Seven, Novo Nordisk) является продуктом генно-инженерной технологии – рекомбинантная форма естественной протеазы и применяется в клинической гематологии с 1998 года для гемостаза привычных кровотечений (гемофилия). По рекомендации гемостатического регистра Университета Monash (A. Welsh et al., 2008) в акушерской практике применяется при послеродовых кровотечениях, и показанием может быть коррекция коагулопатии. Трансфузионная цель коррекции коагулопатии включают уровень тромбоцитов более 50 тыс, АЧТВ >1,5 раза выше верхней границы нормы, Нб >70 г/л и фибриноген не менее 1 г/л. Режим применения: 90 мкг/кг Новосэвен (рекомбинантный фактор – rFVIIa) должен вводиться разовой болюсной инъекцией в течение 3-5 мин, и если через 20 мин не отмечается гемостатического эффекта и продолжается кровотечение, то назначается вторая доза и перед применением необходимо регистрировать уровень тромбоцитов, фибриногена. По данным

обзоров, rFVIIa является как дополнительный способ гемостаза при хирургических операциях, связанные с массивными кровотечениями. Дороговизна и малодоступность данного препарата является препятствием для его широкого использования в акушерской практике. Однако, с точки зрения возможности сохранения матки, эта экономическая эффективность может быть безусловна, хотя к настоящему времени нет контролируемых исследований по этому вопросу. С другой стороны во всех обзорах обращают внимание на относительную редкость, внезапность проявления крайне ургентной критической ситуации и отсутствие опыта применения рекомбинантного фактора для радикального гемостаза из-за риска тромбоемболических осложнений.

Большой научно-практический интерес вызывает поиск доступного эффективного антифибринолитического средства. В мировой клинической практике для уменьшения объема кровопотери используют лекарственные средства, блокирующие избыточный фибринолиз — антифибринолитические препараты. Таким средством в клинической медицине зарекомендовала себя транексамовая кислота. Транексамовая кислота (ТК), являющаяся трансформой 8-аминокапроновой кислоты (транс-4-аминометилциклогексанкарбоновая кислота), в 8 раз более активна *in vitro* по сравнению с 8-аминокапроновой кислотой. Препарат оказывает антифибринолитическое, противоаллергическое, противовоспалительное действие, конкурентно ингибирует превращение плазминогена в плазмин и нейтрализует фибринолитическую активность в эндометрии, увеличивает синтез коллагена, который сохраняет матрицу фибрина и увеличивает предел прочности сгустка. Транексамовая кислота тормозит образование кининов и др. пептидов, участвующих в воспалительных, болевых и аллергических реакциях, основной путь экскреции - гломерулярная фильтрация. Длительное время оставался нерешенным вопрос о кратности, способе введения, времени введения и режиме дозирования транексамовой кислоты. Статистически достоверный кровосберегающий эффект транексамовой кислоты был достигнут при ее внутривенном введении в дозе от 10

до 15 мг/кг непосредственно перед началом операции, повторные введения препарата варьировали от однократного в дозе 10 мг/кг до 12 часов с постоянного внутривенного введения со скоростью 10 мг/кг/час. В настоящее время препарат применяется с высоким клиническим эффектом для лечения геморрагических заболеваний и синдромов в клинической медицине (хирургической, терапевтической и педиатрической), в том числе в акушерско-гинекологической практике [11, 12, 43, 46, 54, 55].

В недавнем систематическом обзоре, включившем данные 211 рандомизированных контролируемых испытаний (20781 участник), отмечено, что ингибиторы фибринолиза значительно уменьшают объем кровопотери и потребность больных в гемотранфузиях [54].

Клиническое исследование CRASH-2 проводилось в 274 клиниках в 40 странах мира. Были рандомизированы 20211 взрослых больных со значительными травматическими кровотечениями или их риском, которым в течение 8 часов после получения травмы была назначена ТК (ударная доза 1 г в течение 10 мин, а затем вливание 1 г в течение 8 часов) или плацебо. Клиническое исследование CRASH-2 показало, что назначение ТК взрослым больным со значительными травматическими кровотечениями или их риском в течение 8 часов после получения травмы существенно снижает общую летальность (относительный риск 0,91 при 95% ДИ 0,85-0,97; $p=0,0035$) без видимого увеличения частоты сосудистой окклюзии. Из 3076 смертей по всем причинам смерть от кровотечения составила 1063 случаев (35%). Риск смерти от кровотечения значительно снижался с использованием транексамовой кислоты. 489 из 10 060 пациентов (4,9%) умерли от кровотечения в группе транексамовой кислоты против 574 из 10 067 (5,7) в группе плацебо (относительный риск 0,85 при 95% ДИ 0,76-0,96; $p=0,0077$).

Мета анализ 34 научных работ с 1976 года по 2010 годы проведенный Peitsidis P., Kadir R.A. [43] и оценка эффективности по применению ТК в акушерской практике показал достоверное снижение кровопотери (95% ДИ -4.1-69.13, $p=0,08$). Таким образом, на основании анализа научных исследований и публикаций можно однозначно сказать, что в акушерской практике ТК является

эффективным антифибринолитическим средством, оказывающим гемостатическое и кровосберегающее действие. Рекомендуемая доза 10 мг на 1кг веса пациента (1г при весе 60 кг), доза инъекционного препарата – однократно 1 г транексамовой кислоты (4 ампулы по 250 мг), препарат вводят внутривенно капельно растворенным во флаконе 200 мл физиологического раствора. Возможно болюсное введение препарата, пациенту в лежачем положении (ортостатический коллапс), максимальная суточная доза 4 г транексамовой кислоты. По данным обзоров ТК сокращает объём периперационной кровопотери на 40%, снижает потребность в трансфузии донорских эритроцитов на 30%. При этом крайне низок риск тромботических осложнений [16, 43]. По рекомендации НЦ АГ ИП Росмедтехнологий «Современные принципы лечения акушерских кровотечений» применение транексамовой кислоты с целью профилактики кровопотери в родах показано в следующих группах: женщины, имеющие изокоагуляцию, не характерную для срока беременности (по данным тромбоэластограммы), а также женщины, имеющие гипокоагуляцию (250-500 мг в начале первого периода родов); беременные с болезнью Виллебранта, беременные с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (250 мг накануне родов и 500 мг в первом периоде родов) [17].

Наш опыт применения алгоритма органосберегающих операций и компонентной инфузионно-трансфузионной антифибринолитической терапии при коагулопатических кровотечениях (транексамовая кислота, rFVIIa) изложен в методических рекомендациях МЗ Кыргызской Республики («Малоинвазивная органосберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях» - Бишкек 2010-36с. Авторы: проф Мусуралиев М.С., Бошкоев Ж.Б., Кангельдиева А.А., к.м.н. асс. Макенжан у. А. и др.). В материалах 2 съезда акушеров-гинекологов Кыргызской Республики М.С.Мусуралиевым и Макенжан уулу А. (2009) из 212 случаев критических ситуаций с билатеральной перевязкой внутренних подвздошных артерий

удалось провести органосберегающие операции в 40% случаев [10]. При послеродовом гипотоническом МАК - из 124 женщин у 42 или 33,9% случаев без гистерэктомии (в последующем у 4-х наступила беременность и завершилась рождением ребенка); при отслойке плаценты из 46 случаев у 30/65,2% (в т. ч. у 18 с “маткой Кювелера”, в 1-м случае использования rFVIIa); при травматических повреждениях матки из 26 случаев у 9 родильниц (у 6 - разрыв и в 3-х случаях выворот матки) операции закончились без гистерэктомии;

В последующем показаниями к применению компонентной (использования СЗП) антифибринолитической терапии с применением ТК были: послеродовые и/или послеоперационные кровотечения (после кесарева сечения, или гистерэктомия на предыдущих этапах оказания неотложной помощи) и геморрагии обусловленные острым ДВС с фибринолизом (отслойка плаценты и/или предлежание с признаками врастания плаценты, эклампсия, болезнь Виллебранта, тромбоцитопенические состояния). В отличие от других работ органосберегающая технология дала более детальные результаты, а именно в зависимости от причин ведущей к рефрактерным традиционным методам остановки массивных кровотечений, в т. ч:

- в случаях тяжелых кровотечений из 125 случаев критических ситуаций завершившейся гистерэктомией (2/3 случаев в предыдущих этапах неотложной помощи) лишь у 23 пациентов (18,4%) требовалось проведение перевязки подвздошных артерий, а в остальных 102 случаях (81,6%), удалось остановить МАК с проведением антифибринолитической компонентной терапии.

Следует отметить, что своевременная деваскулиризация матки (перевязка маточных сосудов) и антифибринолитическая терапия может быть достаточной для остановки тяжелой МАК. В наших наблюдениях из 133 критических ситуаций завершившихся **сохранением матки**, перевязка подвздошных сосудов требовалась у 18 рожениц (13,5%), а в остальных случаях удалось остановить кровотечение (115/86,5%) с применением компонентной антифибринолитической терапии (в среднем доза

ТК 1,5 г) и перевязкой маточных артерий, так же завершить операции без удаления матки

Отсутствие единого подхода по оказанию неотложной помощи (диагностика, лечения) беременным женщинам при критических ситуациях связанных с кровотечением (т.е. основных причин материнской смерти) среди акушеров-гинекологов, анестезиологов и реаниматологов родильных стационаров (даже на уровне областей) не позволяет полностью реализовать гемостатический потенциал инфузионно-трансфузионной терапии, и приводит к преждевременным радикальным хирургическим вмешательствам для достижения гемостаза (удаление матки).

Таким образом, проведение компонентной антифибринолитической терапии и деваскуляризации матки при наличии коагулопатических кровотечений (особенно в условиях регионарных родовспомогательных учреждений) может существенно снизить частоту тяжелых кровотечений, но и завершить операции без удаления матки.

Литература:

1. Бутта З.А., Хан Я.П. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств.- Бишкек, 2009, - С.51.
2. Ешходжаева А.С., Калиева А.С., Абазбекова Н.С., Аскеров А.А. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008-2009 гг. - Бишкек, 2010, - С.46.
3. Кудаяров Д.К. Охрана материнства и детства в Республике и вклад Объединения (Ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана//Ж. Здоровья матери и ребенка, 2011, Т. 3, №1.- С.13-16.
4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2010 году.- Бишкек 2011, С.7.
5. Ан А.В., Пахомова Ж.Е. Критические состояния при акушерских кровотечениях/ Вопросы гинекол., акуш и перинат., 2010, т.9, №4, С.33-36.
6. Айлямазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Еще один взгляд на проблему акушерских кровотечений. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2008, - №3, – С.3-11.
7. Баев О.Р., Давыдов А.И. Послеродовое кровотечение: акушерская тактика и интенсивная терапия.//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии., 2011,- Т. 10,- №6 - С.65-69.
8. Грищенко О.В., С.В. Коровай. Тромбозмболия легочной артерии в акушерской практике. //Акушерство, гинекология, репродуктология.- (381) 2011 (тематический номер)
9. Джаманаева К.Б., Ли С.И. Тромбоцитопения при беременности. Возможные осложнения родов, послеродового периода. // Ж. Денсаулык сактауды дамыту журналы.- Спец выпуск №1, 2012, - Часть 1- С.62-65.
10. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Улучшения качества жизни и проблемы безопасного материнства.// Ж. Здоровье матери и ребенка.- 2009, Т.1, Приложение 1. - С.49-53.
11. Мусуралиев М.С, Макенжан уулу А. Инновации лечения массивных кровотечений в акушерстве.//Вестник НАН КР. - 2011, №1,- С.110-118.
12. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Качество и проблемы оказания неотложной помощи при критических состояниях в акушерстве.// Ж. Здоровье матери и ребенка, 2011, Том 3, №1,- С. 139-142.
13. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве./Ж. Вестник КГМА, 2012, №4, – С. 126-130.
14. Пархоменко А.Н., Иркин О.И., Лутай Я.М. Симпозиум: Тромбозмболия легочной артерии: алгоритмы диагностики и лечения.// Ж. Медицина неотложных состояний.- 2011,-3 (34.)
15. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве - М., 2003,- С. 526-527 (704 с).
16. Серов В.Н., Савелева Г.М., Стрижаков А.Н. и др. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве. (Медицинская технология). – М., 2011, С. 23.
17. Сухих Г.Т., Серов В.Н., Федорова Т.А. и др. Инфузионно-трансфузионная терапия при коагулопатических послеродовых кровотечениях. (Медицинская технология) - М., 2009, - С.15.
18. Федорова Т.А. Рогачевский О.В. Ан

А.В Принципы инфузионно-трансфузионной терапии массивного акушерского коагулопатического кровотечения. // Акушерство и гинекология, 2010, № 6, -С.142-148.

19. Вараева Г., Ан З., Васси А. Основные причины материнской смертности в акушерской практике: первый опыт и итоги конфиденциального аудита в Республике Казахстан. // Entre Nous. Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью, 2011, № 74, - С.168-17.

20. Sukhanberdiyev K., Ayazbekov A., Issina A., et al. Опыт внедрения аудита «Анализа угрожающих жизни акушерских осложнений» в Казахстане: улучшение практики ведения кровотечений. // Entre Nous. Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью , 2011, № 74, - С.18-19.

21. Ananth CV, Nath CA, Philipp C. The normal anticoagulant system and risk of placental abruption: protein C, protein S and resistance to activated protein C. J Matern Fetal Neonatal Med 2010; 23:1377-83.

22. Angstmann T., Gard G., Harrington T. et al. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach // Am J. Obstet. Gynecol. - 2010. - Vol. 202. - №1. - P.38.

23. Antepartum Haemorrhage Green-top guideline №60, 1st edition , November 2011.- 23 p.

24. American Thoracic Society Documents An Official American Thoracic Society/Society of Thoracic Radiology Clinical Practice Guideline: Evaluation of Suspected Pulmonary Embolism In Pregnancy / 2011. - Am J Respir Crit Care Med Vol 184. pp 1200-1208, 2011. // (Ann N. Leung, Todd M. Bull, Roman Jaeschke, et al.) DOI: 0.1164/rccm.201108-1575ST

25. Begley CM, Gyte GM, Murphy DJ, et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2010; (7):CD007412

26. Bhide A, Thilaganathan B. Recent advances in the management of placenta previa. Curr Opin Obstet Gynecol 2004; 16: 447-51

27. Bolliger D, Gorlinger K, Tanaka K. Pathophysiology and treatment of coagulopathy in massive hemorrhage and hemodilution. Anesthesiology 2010; 11: 1205-19.

28. Camuzcuoglu H , Toy H , Vural M

, et al. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy/ Obstet Gynaecol Res. 2010 Jun;36(3):538-43.

29. Cantwell R, Clutton-Brock T, Cooper G, et al. Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer, 2006-08. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118:1-203.

30. Davenport R, Curry N, Manson J, et al. Hemostatic effects of fresh frozen plasma may be maximal at red cell ratios of 1:2. J Trauma 2011; 70: 90-95.

31. Department of Health. Saving Mothers 2005-2007. Fourth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. Pretoria: Department of Health; 2009.

32. Khan KS, Wojdyla D, Say L, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006; 367:1066-74.

33. Khan K, Zamora J, Lamont RF, et al. Safety concerns for the use of calcium channel blockers in pregnancy for the treatment of spontaneous preterm labour and hypertension: a systematic review and meta-regression analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2010; 23:1030-8.

34. Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P; United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. Obstet Gynecol 2008; 111:97-105

35. Levy JH. Antifibrinolytic therapy: new data and new concepts. Lancet 2010; 376: 3-4.

36. Lonkhuijzen Luc, Stekelenburg Jelle, van Roosmalen Jos. Maternity waiting facilities for improving maternal and neonatal outcome in low-resource countries. // Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews, 2009. - Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI: 10.1002/14651858. cd06759. - pub2, 2009.

37. Maternal mortality in India: a 20-year study from a large referral medical college hospital West Bengal / S. K. Bhattacharyya, A. K. Majhi, S. L. Seal et al. // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2008. - Vol. 34, № 4. - P. 499-503

38. Maternal mortality and severe morbidity from sepsis in the Netherlands / H. M. Kramer, J. M. Schutte, J. J. Zwart et al. // Acta Obstet. Gynecol.

Scand. -2009. Vol. 88, № 6. - P. 647-653.

39. Mukherjee S & Arulkumaran S. Post-partum haemorrhage. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2009; 19: 121–126. doi:10.1016/j.ogrm.2009.01.005.).

40. Hussian R., Dlugacz Y.,D. Good catery finding near-misses and preventing errors// Internft. Forum on Guality and Safery. April 2008; Paris, France abstr. 29: 2008.

41. Horton R. What will it rake to stop maternal death? Sep 23, 2009 *The Lancet*.

42. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, et al. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 24:698–702.

43. Peitsidis P, Kadir RA. Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum. *Expert Opin Pharmacother.* 2011 Mar;12(4):503-16. Epub 2011 Feb 4.

44. Placenta praevia, placenta praevia accrete and vas praevia: diagnosis and management. Green-top guideline №27, January 2011. - 26 p

45. Rasmussen S, Albrechtsen S, Dalaker K. Obstetric history and the risk of placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:502–7.

46. Roberts I, Shakur H, Ker K, Coats T. Antifibrinolytic drugs for acute traumatic injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 1: CD004896 .

47. Royal College of Obstet. and Gynaecol. Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 56. London: RCOG; 2011.

48. Sekhvat L, Tabatabaii A, Dalili M et al. Efficacy of tranexamic acid in reducing blood loss after caesarean section./ *J Maternal Fetal Neonatal Med* 2009; 22: 72–75.

49. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006; 107:1226–32.

50. Smith J, Mousa HA. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: Incidence and material morbidity. *J Obstet Gyn.*

2007; 27: 44-47

51. Stein PD, Matta F, Yaekoub AY. Incidence of amniotic fluid embolism: relation to cesarean section and to age. *J. Womens Health (Larchmt).* 2009; 18 (3): 327-9.

52. Iwata A, Murayama Y , Itakura A , et al. Limitations of internal iliac artery ligation for the reduction of intraoperative hemorrhage during cesarean hysterectomy in cases of placenta previa accreta. *J Obstet Gynaecol Res.* 2010 Apr; 36(2):254-9.

53. Tocce IK, Thomas V & Teal S. Scheduled hysterectomy for second-trimester abortion in a patient with placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2009; 113: 568–570.

54. The CRASH-2 Collaborators. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2010; 376: 23–32.

55. The CRASH-2 collaborators. The importance of early treatment with tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of the CRASH-2 randomised controlled trial. *Lancet* 2011; published online March 24. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60278-X.

56. Van Roosmalen J., Zwart J. Severe acute maternal morbidity in high-incom countries. *Best Practiice&Research Clinical Obstretics and Gynaecology*, 2009; Vol.23, P.297-304.

57. Welsh A., C. McLintock, S. Gatt et al. Guidelines for the use of recombinant activated factor VII in massive obstetric haemorrhage// *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008; 48: 12-16

58. Wise A., V. Clark. Challenges of major obstetric haemorrhage/ *Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaec.* 24 (2010) 353–365

59. Orhan U.; Kars, Bulent; Buyukbayrak, et al. The effectiveness of bilateral hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage in three different underlying conditions and its impact on future fertility /*Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, Volume 24, Number 10, October 2011, pp. 1273-1276(4)

АКУШЕРСКИЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ ПЛАЦЕНТЫ

Омурбекова М.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в данной статье представлены акушерские исходы 59 случаев преждевременной отслойки плаценты прошедшие в городском перинатальном центре г. Бишкек.

Ключевые слова: преждевременная отслойка плаценты, гистерэктомия, перевязка маточных артерий, сохранение матки.

МЕЗГИЛСИЗ ТОНДУН ЭРТЕ АЖЫРАШЫНДА АКУШЕРДИК КӨЙГӨЙЛӨР

Омурбекова М.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул иште Бишкек шаарынын шаардык перинаталдык борборунда өткөн 59 кош бойлуулардын мезгилсиз тондун эрте ажырашында акушердик көйгөйлөр талкууланат.

Өзөктүү создөр: тондун ажырашы, гистерэктомия, жатын кан тамырын байлоо, жатынды сактап калуу.

OBSTETRIC OUTCOMES OF WOMEN WITH PREMATURE PLACENTAL ABRUPTION

Omurbekova M.M.

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: in this article the obstetric outcomes of 59 cases of premature placental abruption passed in urban perinatal centre of Bishkek are shown.

Keywords: premature placental abruption, hysterectomy, uterine artery ligation, preservation of the uterus.

Введение.

В настоящее время проблема родоразрешения беременных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты продолжает оставаться весьма актуальной [1, 2].

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – это осложнение беременности и родов встречающаяся с частотой 0,5% , а в последнее время частота осложнения беременности и родов отслойкой плаценты возросла до 3-5% . Преждевременная отслойка плаценты всегда рассматривается как состояние витальной угрозы, поскольку в 30% случаев она является причиной массивных кровотечений, приводящих к материнской и перинатальной смертности [3, 4]. Клинические проявления отслойки плаценты различны: от минимального кровотечения и отсутствия влияния на состояние матери и плода, до массивного коагулопатического кровотечения (частота в среднем - 10-15% при тяжелой степени из числа всех случаев отслойки, приводящих к

тяжелой заболеваемости и смерти). Уровень материнской смертности в связи с отслойкой в среднем равен 3%; при осложнении отслойки нормально расположенной плаценты массивная кровопотеря составляет 20-30%, а при отслойке предлежащей плаценты осложненной коагулопатическим кровотечением достигает до 50%. При этом перинатальная смертность составляет более 50% [5].

Обычно родоразрешение у беременных с преждевременной отслойкой плаценты производится путем операции кесарева сечения. Родоразрешение с помощью операции кесарева сечения у пациенток способствует снижению перинатальной заболеваемости и материнской смертности, однако сопряжено с высоким риском развития тромбгеморрагических и тромбоемболических осложнений. Это объясняется тем, что при кесаревом сечении вступают в действие многие дополнительные факторы, способствующие активации сосудистого, плазменного и клеточного звеньев

гемостаза: операционная агрессия и травма, изменения внутрилегочной гемодинамики, связанные с ИВЛ и т.д. [6,7,8]

Известно что, в акушерстве нарушения свертывания крови тромбгеморрагического характера развиваются при многих осложнениях гестационного процесса, в основе которых лежат процессы патологической активации внутрисосудистого свертывания крови. Клинические проявления декомпенсации гемостатической функции крови могут реализоваться в родах и при операции кесарева сечения.

Установлено, что отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождается нарушением гемостатической функции крови, которое проявляется в форме синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), в подавляющем большинстве случаев по типу II фазы ДВС-синдрома.

Известно, что массивная кровопотеря увеличивает степень операционного риска, снижает сопротивляемость организма к инфекции, приводит к развитию анемии и нарушениям коагуляционной способности крови [9,10].

Таким образом, абдоминальное родоразрешение у пациенток с отслойкой плаценты представляет серьезную проблему. Высокая частота акушерских кровотечений, приводящих, к смерти пациенток побуждает продолжать исследования в направлении разработки более эффективных способов их лечения. Из тех женщин, которым удается сохранить жизнь, многие лишаются дальнейшей репродуктивной функции вследствие радикальных операций (удаление матки) [11, 12, 13,14,15].

Материал и методы.

Нами было проанализировано 59 случаев преждевременной отслойки плаценты прошедших в городском перинатальном центре г. Бишкек за период с 2007 по 2012 год. Все беременные были родоразрешены путем операции кесарева сечения в экстренном порядке по поводу преждевременной отслойки плаценты. Оперативное вмешательство было произведено в течение 30-40 минут от момента постановки

диагноза. Во время операции всем беременным кроме кесарева сечения еще производилась билатеральная перевязка маточных артерий.

Методы исследования: клинические, лабораторные, УЗИ сканирование, гемостазиограмма и др.

Результаты и обсуждение.

Клинические и эпидемиологические учения определили предрасполагающие факторы риска отслойки плаценты [16,17,18,19]. Наиболее предсказывающим является наличие отслойки при предыдущей беременности. Обсервационное исследование, проведенное в Норвегии, сообщило о 4,4% случаев рецидивных отслоек плаценты. Отслойка рецидивирует у 19-25% женщин, у которых были 2 предыдущие беременности, осложненные отслойкой плаценты [20,21]. Другие факторы риска отслойки плаценты: преэклампсия тяжелой степени, многоплодие, задержка внутриутробного развития плода, тазовые предлежания, многоводие, преклонный возраст матери, низкий индекс массы тела, беременность, наступившая в результате вспомогательных репродуктивных технологий, внутриутробная инфекция, преждевременный разрыв плодного пузыря, травма живота, курение и злоупотребление лекарствами (кокаин и амфетамины) в течение беременности [22, 23, 24].

Ретроспективное когортное исследование Дании выявило, что угроза самопроизвольного выкидыша увеличивает риск отслойки плаценты от 1,0% до 1,4% [25]. Системный обзор сообщил, что кровотечение в первом триместре увеличивает риск возникновения отслойки плаценты [26]. Примерно в 70 % случаев отслойка плаценты возникает у беременных низкого риска [27].

При преждевременной отслойке плаценты чаще всего бывает массивное кровотечение, которое приводит к геморрагическому шоку и синдрому ДВС. Нарушение гемокоагуляции при кровотечении подтверждается двухфазностью изменений в системе гемостаза, при сравнительно небольшой кровопотере (15—20% ОЦК). Кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции. Предрасполагающими

факторами для возникновения таких состояний являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, антенатальная гибель плода, преэклампсия тяжелой степени, гипотония матки, экстрагенитальная патология. При преждевременной отслойке плаценты с антенатальной гибелью плода риск развития ДВС синдрома увеличивается.

В наших случаях в результате оперативного родоразрешения у 22 женщин объем операции был расширен до субтотальной гистерэктомии по жизненным показаниям, а у 37 женщин матка была сохранена. Таким образом, мы разделили женщин на 2 группы: 1 группа – женщины, которым была произведена субтотальная гистерэктомия, и 2 группа – женщины, которым была проведена органосохраняющая операция.

В группе, где было произведена субтотальная гистерэктомия, маточно-плацентарная апоплексия или «матка Кювелера» наблюдалась в 16 (72,7%) случаях, антенатальная гибель плода в 17 (77,2%) случаях.

12 (54,5%) случаев, т. е. более половины случаев оперативного вмешательства сопровождалось развитием острого ДВС синдрома.

В обеих группах сопутствующим заболеванием была преэклампсия тяжелой степени, в первой 7 (31,8%) случаев, и 8 (21,6%) во второй группе, которая, и так сопровождается нарушением гемостатической функции крови.

В критических ситуациях у беременных, имеющих нарушения коагуляции при «маточной аутоотрансфузии» в сосудистое русло одномоментно выбрасывается большой объем крови, содержащий биологически активные вещества (тромбопластины плаценты, цитокины, продукты деструкции и др.), что является причиной развития шоковой реакции и нарушения свертывания с развитием острого ДВС синдрома [28].

В отличие от первой, во второй группе билатеральная перевязка маточных артерий была произведена еще до удаления плаценты, таким образом, максимально уменьшая выброс крови с биологически активными веществами в сосудистое русло матери. В данной группе маточно-плацентарная апоплексия наблюдалась

в 5 (13,5%) случаях, антенатальная гибель плода в 7 (18,9%) случаях. ДВС синдром развился в 5 (13,5%) случаях.

В наших наблюдениях средний объем кровопотери в первой группе составил – 2110 мл, во второй группе – 940 мл.

Заключение.

Таким образом, у женщин с преждевременной отслойкой плаценты, эффективность кровосберегающей технологии с деваскуляризацией матки (билатеральная перевязка маточных артерий) остается терапией выбора, а в некоторых случаях эта процедура может эффективно контролировать кровотечение и сохранить матку.

Литература:

1. Отслойка плаценты преждевременная. // В кн.: 2000 болезней от А до Я. Справочник-путеводитель практического врача / Под ред. И.Н. Денисова, Э.Г. Улумбекова. - М.: ГЕОТАР МЕДИЦИНА, 1999,- С. 637-639.
2. Кровотечения в акушерской практике. ГЛАВА 53./ В кн.: Акушерство. Национальное руководство.// Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. Изд. «ГЕОТАР Медиа» - 2009.- с. 669-685.
3. Calleja-Agius J, Custo R, Brincat MP, Calleja N. Placental abruption and placenta praevia. *Eur Clin Obstet Gynaecol* 2006; 2:121–7.
4. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А., Омурбекова М.М. Проблемы материнской смертности при кровотечении в акушерстве. // Вестник КГМА, 2012, №4. – с 126-130.
5. Серов В.Н., Маркин С.А. Акушерские кровотечения. Отслойка плаценты. Предлежание плаценты. Глава XI./ В кн.: Критические состояния в акушерстве - М., 2003, с.521-528.
6. Hellgren M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. *Semin Thromb Hemost* 2003; 29:125.
7. Савельева Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве. *Акуш. и гин.* 2006; 3:10-5.
8. Schuitemaker N., van Roosmalen J., Dekker G., van Dongen P. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands // *Obstet. Gynecol. Scand.* 1997. - Vol.76 - №4. - P.332-334.
9. Ananth CV, Nath CA, Philipp C. The

normal anticoagulant system and risk of placental abruption: protein C, protein S and resistance to activated protein C. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23:1377–83.

10. Walfish M, Neuman A, Wlody D. Maternal haemorrhage. *Br J Anaesthesia* 2009;103: i47–i56.

11. Wise A., V. Clark. Challenges of major obstetric haemorrhage/ Best Practice & Research Clinical Obstet. and Gynaec. 24 (2010) 353–365 (обзор)

12. Camuzcuoglu H, Toy H, Vural M, Yildiz F, Aydin H. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy/ *Obstet Gynaecol Res.* 2010 Jun;36(3):538-43.

13. Ан А.В., Ж.Е. Пахомова. Критические состояния при акушерских кровотечениях/ *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, 2010, т.9, №4, с 33-36

14. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Улучшения качества жизни и проблемы безопасного материнства/ *Ж.Здоровье матери и ребенка*, 2009, Т.1, Приложение 1 -с.49-53.

15. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (1):CD003247; reviewed 2009

16. Nuutila M, Tikkanen M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:700–5.

17. Deutsch AB, Lynch O, Alio AP, Salihu HM, Spellacy WN. Increased risk of placental abruption in underweight women. *Am J Perinatol* 2010; 27:235–40.

18. Ananth CV, Nath CA, Philipp C. The normal anticoagulant system and risk of placental abruption: protein C, protein S and resistance to activated protein C. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23:1377–83.

19. Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Prepregnancy risk factors for placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:40–4.

20. Rasmussen S, Irgens LM. Occurrence of placental abruption in relatives. *BJOG* 2009;116:693–699.

21. Tikkanen M. Etiology, clinical manifestations, and prediction of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:732–40.

22. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, Mazor M, Holcberg G, Sheiner E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 24:698–702.

23. Kennare R, Heard A, Chan A. Substance use during pregnancy: risk factors and obstetric and perinatal outcomes in South Australia. *ANZJOG* 2005; 45:220–5.

24. Healy DL, Breheny S, Halliday J, Jaques A, Rushford D, Garrett C, et al. Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia. *Hum Reprod* 2010; 25:265–74.

25. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, Langhoff-Roos J. Firsttrimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 115:935–44.

26. van Oppenraaij RH, Jauniaux E, Christiansen OB, Horcajadas JA, Farquharson RG, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Predicting adverse obstetric outcome after early pregnancy events and complications: a review. *Hum Reprod Update* 2009; 15:409–21.

27. Toivonen S, Heinonen S, Anttila M, Kosma VM, Saarikoski S. Reproductive risk factors, Doppler findings, and outcome of affected births in placental abruption: a population-based analysis. *Am J Perinatol* 2002;19:451–60.

28. Antepartum Haemorrhage Green-top guideline №60, 1st edition, November 2011- 23 p.

29. Серов В.Н., Савелева Г.М., Стрижаков А.Н. и др. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (Медицинская технология разрешена Росздравнадзором ФС №2010/141 от 29-апреля 2010г). – М., 2011; 23 с.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРИ
У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА**

**Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т., Джолбунова З.К., Халупко Е.А.,
Кадырова Р.М., Баялиева М.М., Алиева Г.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: В работе представлен клинико-эпидемиологические особенности кори у детей старшего возраста, подтвержденных лабораторно методом ИФА и ПЦР – диагностикой.

Ключевые слова: корь, дети, клиника, эпидемиология, диагностика.

**БИР ЖАШТАН ОЙДО БАЛДАРДЫН КЫЗАМЫК ООРУСУНУН
КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ОЗГОЧОЛУГУ**

**Смеликов Я.А., Касымбекова К.Т., Джолбунова З.К., Халупко Е.А.,
Кадырова Р.М., Баялиева М.М., Алиева Г.М.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: аталган илимийиликтоо ишинде ИФА жана ПЦР- полимераздык чубама (тизмектуу) методдору менен кызамык оорусу менен оруган бир жаштан ойдо балдардын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүгү аныкталган.

Ачкыч создору: кызамык, балдар, клиника, эпидемиология, аныктоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
MEASLES AT CHILDREN OLDER THAN 1 YEAR**

**Smelikov Y.A., Kasymbekova K.T, Djolbunova Z.K., Khalupko E.A.,
Kadyrova R.M., Baylieva M.M., Alieva G.M.**

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Biskek, Kyrgyz Republic

Abstract: In this article presents clinical and epidemiological peculiarity of measles at children older than 1 year which defined by different lab methods: IFA and PCR.

Keywords: measles, children, clinical, epidemiology, diagnostic.

Введение:

В настоящее время корь в структуре инфекционной патологии, передающихся воздушно-капельным путем за исключением острой респираторной инфекции, составляет в среднем 30,1 %, преимущественно у детей старше года [1,2]. До введения вакцинации эпидемический процесс кори характеризовался высокой заболеваемостью до 1192,0 на 100 тыс. населения, летальностью, а также периодичностью подъёмов каждые 1-2 года [4].

Контроль и помощь ВОЗ в элиминации вируса кори способствовали снижению заболеваемости во всем мире, в том числе и в Кыргызстане. По последним

данным [3] эпидемический процесс кори зависит в основном от импортированных случаев, которые составляют в среднем 40-60% всех заболевших корью. Так, например

83,8% случаев кори, зарегистрированных в 2007-2008 гг. Нижегородской области РФ, были завозными из Узбекистана, Тайланда и Греции. Подобная ситуация сложилась и в нашей стране в 2011, когда была эпидемическая вспышка кори, завезенная из Узбекистана. Большинство детей заболевших корью были до 1 года, хотя регистрировалась корь и среди детей старшего возраста, в том числе и у привитых [1,5]. Эти данные свидетельствуют об актуальности проблемы кори, которая у детей как раннего, так и старшего возраста протекает в тяжелой форме, с развитием осложнений (пневмония, вторичный круп и др.), обусловленных коревой анергией.

Целью нашей работы было выявить клинико-эпидемиологические особенности кори у детей старшего возраста в период последней эпидемической вспышки.

Материалы и методы исследования:

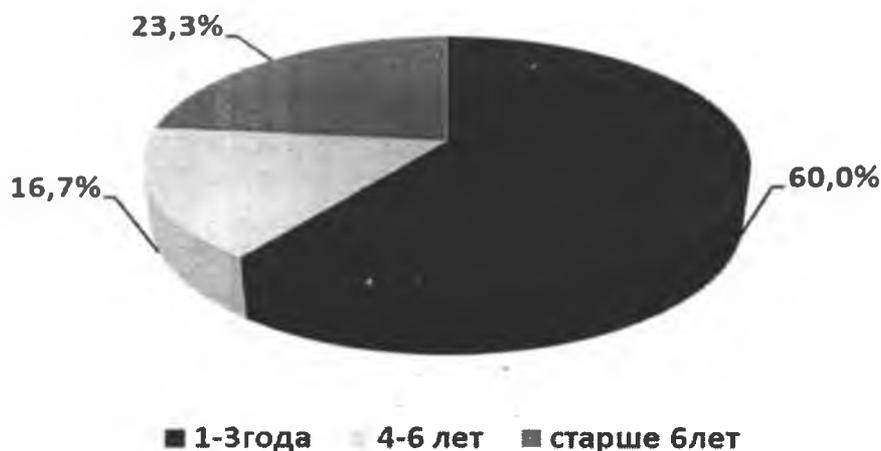


Рис.1 Возрастная структура детей, больных корью

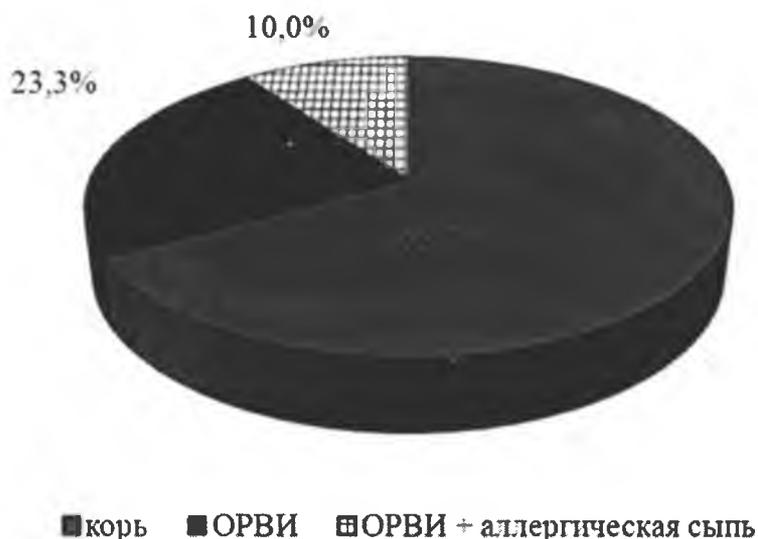


Рис.2 Структура диагнозов у больных в приемном отделении

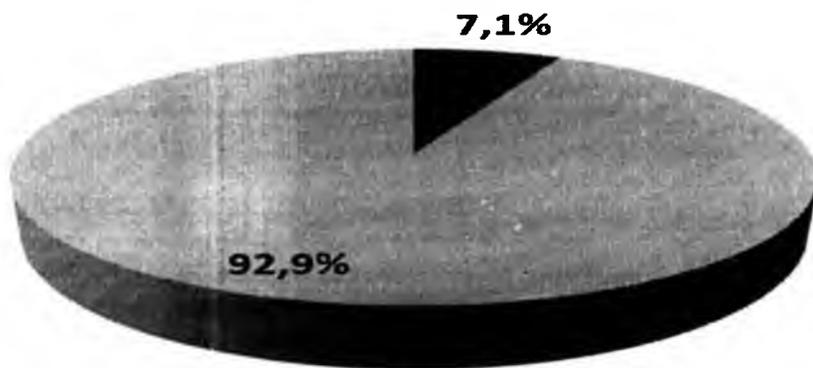
Нами обследовано 30 больных детей старше года с диагнозом корь, поступивших в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в боксированное отделение с мая по июль месяцы 2011 года, обследованных и подтвержденных в вирусологической лаборатории Республиканского Госсанэпиднадзора КР методом ИФА и ПЦР – диагностики с 5 дня от момента появления сыпи по рекомендации ВОЗ.

Для постановки диагноза также были использованы эпидемиологические, общеклинические, рентгенологические методы исследования. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS-11.

Результаты и обсуждение: Анализ

возрастной структуры обследованных больных показал, что преобладали дети первых трех лет жизни (60,0%). Дети в возрасте 4-6 лет составили 16,7% и старше 6 лет 23,3% случаев (рис.1).

Среди заболевших детей 19 (63,3%) были иногородние, из них 73,3% больных были жителями Чуйской области. Жителями города Бишкека были 11 (36,7%) детей, больных корью. Следует отметить, что 73,3% больных корью доставлены в инфекционный стационар общественным транспортом, 10,0% - личным авто и лишь 16,7% детей - машиной скорой помощи, что нарушило условия транспортировки высоко контагиозной инфекции и способствовало к распространению кори среди здоровых детей.



■ вторичный ОСЛТ ■ пневмония с ДН

Рис. 3

Структура осложнений у больных корью детей (n=14)

При выяснении эпидемиологического анамнеза контакт с больными корью был выявлен у 21 (73,3 %) больного, из них 9 детей были в контакте с больными в других стационарах, у которых отмечалась сыпь, которую расценили как аллергическую.

Вакцину против кори (КПК) получили 19 (63,3%) детей, а 11 (36,7%) больных не были вакцинированы, из них 5 детей по религиозным понятиям родителей. Сведений о ревакцинации в 6 лет против кори выявить не удалось.

Из перенесенных заболеваний регистрировались ОРВИ и пневмония у 33,3% детей, у 6,6% другие каплевые инфекции и у 3,3% больных острая кишечная инфекция.

Без направления врачей поступили в РКИБ 13 (43,3%) детей, поликлиниками города (ЦСМ) направлены - 6 (20,0%), из других детских стационаров поступило - 6 (20,0%) детей и скорой медицинской помощью были доставлены 5 (16,7%) больных.

При направлении в РКИБ чаще выставлялся диагноз ОРВИ у 36,7% больных и корь у 20,0% детей. В приемном отделении РКИБ диагноз «корь» была выставлена 66,7% детям, ОРВИ - 23,3% и ОРВИ + аллергическая сыпь 10,0% больным (рис.2).

В боксированном отделении в РКИБ диагноз «Корь типичная форма» была установлено 93,3% больным, атипичная (геморрагическая) форма кори в 6,7% случаях, отличалась выраженностью тяжестью проявления болезни.

Большинство (86,7%) детей поступили в РКИБ в период высыпаний, который сохранялся $3,8 \pm 0,5$ дней и лишь 13,3% больных в катаральном периоде ($3,3 \pm 0,9$ дней) болезни.

Начало заболевания у всех больных было острым. Повышение температуры тела до $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ отмечено у 40,0% больных и выше $38,5^{\circ}\text{C}$ у 60,0% детей. Длительность лихорадки в катаральном периоде в среднем составила $3,4 \pm 0,8$ дней. В катаральном периоде кори у наблюдаемых нами детей были такие катаральные симптомы, как заложенность носа, кашель, конъюнктивит, склерит, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При осмотре зева зернистость задней стенки глотки выявлена у 44,8% больных, энантема неба у 10,3% детей. Патогномичного симптома кори - пятна «Бельского - Филатова - Коплика» не было выявлено ни у одного больного. Возможно, это связано с тем, что дети поступали на 2-3 день высыпания. С появлением сыпи симптомы интоксикации у детей нарастали ($r=+0,3$). Однако, у детей старшего возраста была отмечена отрицательная корреляционная ($r=-0,3$) связь между тяжестью заболевания и длительностью катаральных симптомов в период высыпаний. Высыпания имели пятнисто-папулезный с тенденцией к слиянию, вначале появлялись на лице и за ушами, затем постепенно распространялась на тело и конечности (этапность). Длительность периода высыпаний в среднем составила $3,7 \pm 0,9$ дней, сопровождалось с повышением температуры до $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ у 30,0% больных и выше $38,5^{\circ}\text{C}$

-70,0% детей. С $6,0 \pm 1,2$ дня болезни у всех больных отмечалась пигментация кожи в той же последовательности, как и сыпь, т.е. сверху вниз и сохранялась до выписки из стационара ($1,8 \pm 0,3$) дней. В этом периоде у 90,0% больных детей состояние улучшилось, симптомы интоксикации и катаральные явления уменьшились, лишь у 10,0% детей состояние оставалось прежним, что было связано с развитием поздних осложнений и наложением вторичной бактериальной инфекции.

Заболевание протекало преимущественно в тяжелой форме (70,0%), в среднетяжелой форме (30,0%). Осложнения были у 14 (46,7%) больных, так пневмония с ДН I была у 78,6%, острый вторичный стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) у 7,1% детей (Рис.3).

В картине крови у 66,7% больных были типичные для вирусной инфекции изменения – лейкопения ($3 - 6,4 \times 10^9$) с лимфоцитозом (40 - 81%), у 53,7% детей. Диагноз кори всем больным детям был подтвержден методом ИФА в 90,0% случаях и ПЦР – диагностикой – 10,0% случаях. Пневмония рентгенологически была подтверждена у 10,0% больных детей из-за их высокой контагиозности и дальнего расположения рентген отделения, а также из-за того, что дети были старше одного года.

Терапия у всех больных детей включала антибиотики, инфузионную дезинтоксикацию и симптоматическое лечение. Антибактериальная терапия была назначена по тяжести состояния, а также из-за частоты развития осложнений и на фоне высокой коревой анергии. Большинство больных детей (73,3%) получили моноантибактериальную терапию (АБТ), а последовательную АБТ - 26,7%. Спектр антибиотиков был разнообразным: пенициллин, ампициллин, цефотаксим, цефтриаксон, эфипим. Длительность АБТ в среднем составила $5,9 \pm 1,6$ дней. Длительность инфузионной терапии составил $4,0 \pm 1,3$ дней. Спектр и длительность антибактериальной терапии коррелировал с тяжестью осложнений.

Большинство (60,6%) детей выписано из стационара с улучшением, с выздоровлением выписано 39,4% детей. Длительность пребывания в стационаре в среднем составила $6,2 \pm 2,0$ дней. Из стационара с улучшением были выписаны

50,0% детей, с выздоровлением – 46,7% больных и один ребенок переведен в другой стационар из-за тяжелого заболевания, представляющего угрозу для жизни ребенка.

Выводы:

1. В период эпидемии кори 2011г. среди детей старшего возраста преимущественно болели дети первых трех лет жизни (60,0%), большинство из них были жителями сельской местности (63,3%), которые были доставлены общественным транспортом, что способствовало распространению кори среди населения.

2. Среди заболевших корью больных детей старше 1 года 63,3%, были привиты против кори, что вероятно связано с нарушением «холодовой» цепи, а также отсутствием ревакцинации у детей 6 лет.

3. Несмотря на то, что дети были старше года, у 46,7% развились бактериальные осложнения: пневмония, вторичный круп. Поэтому коревую инфекцию любого возраста следует рассматривать как высоко контагиозную, тяжелую инфекционную болезнь.

Литература:

1. Беляева Н.М., Тетова В.Б. /Корь – стратегии управления возвращающейся инфекцией.// Ж. Инфектологии, 2012, Т - 4, - № 3. - С.26.

2. Онищенко Г.Г.,Ежлова Е.Б. и соавт. О реализации мероприятий третьего этапа программы ликвидации кори в Российской Федерации. //Эпидемиология и инфекционные болезни. 2011, -№3,- С.4-10.

3. Погодина Л.В.,Княгина О.Н.,Калашникова Н.А. Оценка состояния эпидемиологического надзора за корью и краснухой на территориях Нижегородского регионального центра на завершающем этапе программы ликвидации кори. // Медицинский альманах. 2009,- № 2, (7),- С.111-114.

4. Цвиркун О.В., Герасимова А.Г. и соавт. Эволюция эпидемического процесса кори в России.// Журнал инфектологии. 2009, Т-1, №2,- С.71.

5. N.T.Vatev, M.V.Stoycheva, A.I.Petrov. / Reemergence of measles in Bulgaria:a large outbreak in Plovdiv, 2010. / Braz J Infect Dis 2011; 15(6):613-616

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Токтогулов О.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты мер профилактики осложнений у 26 больных, у которых выполнена пластика с сохранением объема брюшной полости. Использовано введение цефазолина перед операцией и к концу ее и орошение озонированными растворами раневой поверхности. Осложнение после операции в виде инфильтрата было у одного больного.

Ключевые слова: вентральные грыжи, оперативное лечение, профилактика осложнений

COMPLICATIONS PROPHYLAXIS AFTER OPERATIONS IN POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA

Toktogulov O.J.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The results of prophylaxis methods in 26 patients with complications are presented. The plasty with preservation of abdominal cavity volume has been carried out in these patients. They have got cephasolin before and at the end of the operation, and irrigation of the wound surface with ozonized solution. Only one patient had complication. It was infiltrate.

Key words: ventral hernias, surgical treatment, complication prophylaxis

Введение. В лечении послеоперационных вентральных грыж используются многие методы, это пластика с применением местных тканей [2,5], кожного лоскута [3,7], а в последние годы нашли применение полипропиленовые, проленовые сетки [1,9]. При любой методике возникновение раневых осложнений является основной причиной рецидива болезни в отдаленные сроки после операции. Для профилактики осложнений используются антибиотики, физические факторы, но частота осложнений изменилась незначительно [1,4,6]. Идут разработки мер, которые предотвратили бы возникновение осложнений, особенно при больших и гигантских грыжах, лечение которых наиболее сложное.

Цель работы – представить результаты мер профилактики раневых осложнений после операций, выполненных по поводу послеоперационных вентральных грыж с сохранением объема брюшной полости.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 26 больных с большими и огромными послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 28 до 70 лет, а давность заболевания – от 6 месяцев до 9 лет. Мужчин было 4, женщин – 22. Вентральные послеоперационные грыжи у большинства

возникли в первые два года после операции.

Из 26 у 8 ранее операция была выполнена по поводу острого холецистита, у 7 – острого аппендицита, еще у 5 – по поводу кишечной непроходимости, у 3 – рецидив пупочной грыжи, а остальные (3 чел.) оперированы по поводу гинекологических заболеваний. В обследовании больных, помимо общеклинических исследований, использовано ультразвуковое исследование, при котором определяли размер дефекта в мышечно-апоневротическом слое, длину грыжевого мешка, его размеры и характер содержимого, а после операции УЗИ использовали для оценки течения раневого процесса, локализации скопления жидкости, показатели внешнего дыхания спирометром ССП в покое и после вправления содержимого, и коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки по А.Г. Хитарьяну и соавт. [7] путем сонографии и антропометрии брюшной стенки.

Коэффициент вычисляли по формуле:

$$K = \frac{(R/A - h)^2 - 1}{224 (R/A - h)^2} \times P \sqrt{\pi A}$$

P – константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости (πA). Если

грыжа в эпигастрии, то RA составляет 98, если в мезогастррии, то 245 μ A, а если в гипогастрии, то 392 μ A. R – внешний радиус живота, A – радиус грыжевого выпячивания, h – средняя толщина брюшной стенки. При коэффициенте до 2,09 считали пластику возможной местными тканями, а при K выше 2,10 необходима пластика с полным замещением грыжевых ворот и сохранением объема брюшной полости.

Результаты и их обсуждение

После выполненного детального обследования больных было установлено, что у всех 26 больных необходимо сохранить объем брюшной полости, так как после вправления грыжевого содержимого ухудшались показатели внешнего дыхания, а коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки был выше 2,10. Все оперированы под эндотрахеальным наркозом. Кожный разрез окаймлял грыжевое выпячивание, избыток кожи иссекали, выделяли грыжевой мешок, вскрывали и если содержимым был большой сальник или прядь его, то по возможности резецировали часть сальника, чтобы уменьшить объем вправляемого содержимого. Особое внимание уделяли тщательному гемостазу. Грыжевой мешок частично иссекали, а у многих оставляли его целиком (15 чел.). Грыжевой мешок укладывали на подлежащие органы к ране (сальник, кишечник), а затем грыжевые ворота закрывали полипропиленовой сеткой, фиксируя ее к выделенным краям апоневроза, после чего ушивали кожную рану без натяжения, но и без избытка кожи.

При выполнении этой операции выполняли меры профилактики осложнений, так как в случае возникновения нагноения раны, кроме длительности пребывания в стационаре и длительного амбулаторного лечения, есть угроза возникновения рецидива вентральной грыжи. Учитывая эти обстоятельства, мы за 30 минут до операции вводили внутривенно 1,0 цефазолина после предварительной пробы, а к концу операции еще один раз вводили 1,0 цефазолина внутривенно.

При ушивании кожной раны в верхнем углу, через дополнительные разрезы

подводили два микроирригатора с боковыми отверстиями в подкожную клетчатку и два микроирригатора в нижний угол раны. Через верхние микроирригаторы, начиная с первых суток, орошали подкожную клетчатку озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а через нижние микроирригаторы осуществляли активную аспирацию. Через день выполняли УЗИ для контроля. Орошение осуществляли 4-5 дней, а затем вначале удаляли верхние микроирригаторы, а на следующий день – нижние. Мы остановились на озонированном растворе, так как многие исследователи использовали его успешно в лечении хирургических заболеваний и с целью профилактики осложнений [6], и отметили, что озонированные растворы обладают бактерицидным, противовоспалительным, противовирусным и иммунокорректирующим действием.

Используя разработанные нами подходы к профилактике осложнений, ни у одного из наших больных после операции не возникло осложнений, повышающих внутрибрюшное давление. Мы не наблюдали пареза кишечника, легочно-сердечной недостаточности, которые так ухудшают состояние больных, а в последующем могут быть причиной рецидива вентральных грыж. Что же касается раневых осложнений, то лишь у одной больной имела место появление серозной жидкости выявленная своевременно при УЗИ и сразу жидкость была удалена. Рана зажила первичным натяжением. Среднее пребывание больных в стационаре составило $8,4 \pm 1,12$ койкодней.

Таким образом, наши исследования показали, что использование показателей внешнего дыхания и коэффициента интенсивности напряжения брюшной стенки дает возможность определить метод закрытия грыжевых ворот при вентральных грыжах. Применение цефазолина внутривенно перед операцией и к концу ее, орошение озонированными растворами являются надежной профилактикой раневых осложнений.

Литература

1. Адамян А.Г. Профилактика и лечение

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

послеоперационных рецидивных вентральных грыж с применением ультразвука и иммуномодуляторов: автореф. дис. ... канд. мед. наук А.Г. Адамян. – Ереван, 1990, – С.20.

2. Белоконев В.И. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом В.И. Белоконев, С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева // Хирургия. – 2000, - № 8, – С. 24-26.

3. Ботезатд А.А. Аутодермопластика как альтернатива аллопластическому протезированию передней брюшной стенки А.А. Ботезатд // Вестник хирургии. – 2007, - № 9, – С. 102-106.

4. Воленко А.В. Профилактика раневой инфекции иммобилизованными антибактериальными препаратами А.В. Воленко, Д.Д. Меньшиков, Г.П. Титова // Хирургия. – 2004,- № 10, – С. 54-58.

5. Седов В.М. Пути улучшения результатов лечения послеоперационных вентральных грыж

В.М. Седов, А.А. Гостевской, С.Д. Тарбаев // Вестник хирургии. – 2008, - № 3, – С. 101-103.

6. Родоман Г.В. Озонотерапия в лечении больных с хирургической инфекцией Г.В. Родоман // Российский медицинский журнал. – 1999, - № 4, – С. 32-36.

7. Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р., Эль-Сахли А.И., Ковалев С.А., Гущина Е.В. // Патент, 2001, РИ 61 В17/00, № 2199271.

8. Янов В.Н. Аутодермопластика брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах В.Н. Яков // Хирургия. – 1975, - № 7, – С. 78-81.

9. Turkcapar A.G. Repair of medine incisional hernias using polypropylene grafts A.G. Turkcapar, M.A. Verdel, Aydinuraz //Surg. Today. – 1998. – Vol. 28, # 1. – P. 59-63.

**STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ
ФАКТОР РАЗВИТИЯ АНГИНЫ У ДЕТЕЙ**

**Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.,
Золотарева А.Ю., Байсеитова Ж.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведен анализ историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с различными острыми инфекционными заболеваниями, сопровождающимися развитием синдрома ангины пневмококковой этиологии.

Ключевые слова: синдром ангины, острый тонзиллит, клиника, диагностика, лечение.

**STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE МИКРОБУ БАЛДАРДА
АНГИНА ӨОРУСУН КӨЗГӨӨЧУ ФАКТОР.**

**Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.,
Золотарева А.Ю., Байсеитова Ж.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ар түрлүү курч кармаган жугуштуу оорулары пневмококк микробу чакырган ангина оорусу менен ооруп. Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында дарыланган бейтаптардын оору тарыхынын баракчасы изилденген.

Ачкыч сөздөр: ангина синдрому курч кармаган, тонзиллит оорусу, клиника, аныктоо, дарылоо.

**STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, AS ETIOLOGIKAL FACTOR OF
ANGINA AT CHILDREN**

**Shaiymbetov A.T., Chechetova S.V., Kadyrova R.M.,
Zolotareva A.J., Baiyseitova Z.K.**

Kyrgyz State Medical Academy named after Ahunbaev I.K.,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In work the analysis of stories of illnesses of children who were on hospitalisation in Republic clinical infection hospital with various acute infectious diseases, accompanied by development of a syndrome of quinsy пневмококковой aetiologies is carried out.

Key words: angina syndrome, acute tonsillitis, clinical manifestation, diagnostics, treatment.

Введение.

Пневмококковая инфекция - группа различных по клиническим проявлениям заболеваний, обусловленных пневмококком. Чаще характеризуется поражением легких, но может вызывать и другие болезни (менингит, сепсис, ангину, эндокардит и др.).

Пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) представляет собой грамположительный инкапсулированный кокк, растущий в виде пар или коротких цепей. В настоящее время выделено 84 серотипа. Источником пневмококковой инфекции является только человек (больные различными формами пневмококковой инфекции и здоровые бактерионосители). Инфекция передается воздушно-капельным путем. Пневмококки различных серотипов могут

бессимптомно персистировать на слизистых оболочках полости рта и верхних дыхательных путей [1].

Бактериальная ангина - острое инфекционно-аллергическое заболевание, при котором воспалительные изменения выражены преимущественно в небных миндалинах. Основными возбудителями являются патогенные и условно-патогенные кокки: стафилококки, стрептококки (в том числе и пневмококк).

Различают первичные и вторичные ангины (при острых инфекционных заболеваниях - кори, скарлатине, дифтерии, сифилисе, инфекционном мононуклеозе и т.д.); и при заболеваниях системы крови (гемобластозах).

Патогенное действие стрептококков не ограничивается ротоглоткой и регионарными



Рис.1. Спектр клинических диагнозов больных детей с синдромом ангины.

лимфатическими узлами. Стрептококковые продукты, всасываясь в кровь, вызывают нарушение терморегуляции, токсическое поражение центральной нервной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, желчевыделительной и других систем. Стрептококковый токсин оказывает кардиотоксическое действие [3].

Основными общими симптомами являются: боли при глотании, недомогание, повышение температуры тела, головная боль и другие симптомы интоксикации. Выраженность симптомов ангины обуславливается патогенностью возбудителя и состоянием реактивности организма.

В последнее время отмечен рост стрептококкового назофарингита, заболеваемость которого в 2007 — 2008 годах в России, соответственно, составила 26,2; 48,3; 59,6 на 100 тыс. В 2008 году зарегистрировано у детей рожистое воспаление (3,15 на 100 тыс.). Заболеваемость скарлатиной в 2008 году возросла в 2,8 раза и составила 31,15 на 100 тыс., по сравнению с 2007 годом (13,26 на 100 тыс.) [2].

В этиологии заболеваний уха, горла, носа и верхних дыхательных путей микроорганизмы рода *Streptococcus* (в том числе *Streptococcus pneumoniae*) занимают особое место: с их присутствием ассоциируются разнообразные

по клиническим проявлениям заболевания, зачастую не поддающиеся рациональной антибактериальной терапии [5].

До последнего времени считалось, что *Streptococcus pneumoniae* чувствительны к пенициллину и большинству других антибиотиков. Однако появляется все больше сведений о быстром распространении штаммов, резистентных к антибиотикам пенициллинового ряда (до 70%), хлорамфениколу, тетрациклинам и макролидам. Отмечено, что 95% внутригоспитальной пневмококковой инфекции обусловлено антибиотико-резистентными возбудителями [4].

Цель данного исследования - изучить основные особенности течения острых инфекционных заболеваний у детей, сопровождающихся развитием синдрома ангины, вызванные *Streptococcus pneumoniae*.

Материалы и методы.

В работе проведен анализ историй болезни 42 детей с острыми инфекционными заболеваниями с синдромом ангины, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Бишкек в течение 2012 года.

Применялись общеклинические методы исследования: анализ акушерского анамнеза матери и болезни ребенка, эпидемиологический анамнез. Был проведен анализ клинических

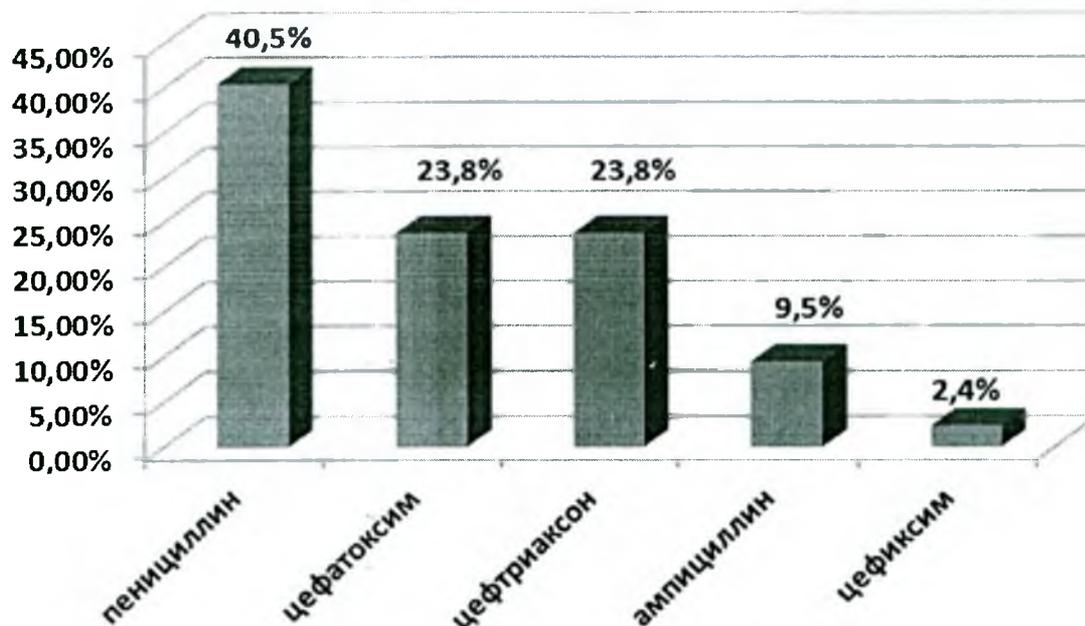


Рис.2. Спектр антибактериальной терапии, применяемой для лечения инфекционных заболеваний с синдромом пневмококковой ангины, вызванной *Streptococcus pneumoniae*.

симптомов инфекционных заболеваний, сопровождающихся синдромом ангины, этиологическим фактором которой являлся *Streptococcus pneumoniae*.

Проводилось бактериологическое исследование мазка из зева больного ребенка, а также серологические методы исследования сыворотки крови. Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Проведенный анализ 42 историй болезни детей, находившихся под наблюдением в РКИБ с синдромом ангины в клиническом диагнозе, показал, что в основном (76,1%) это были дети дошкольного возраста.

Среди обратившихся больных детей преобладали жители города (80,9%), синдром ангины пневмококковой этиологии встречался в равной степени как среди мальчиков (59,5%), так и среди девочек (40,5%).

Анализ спектра клинических диагнозов у детей, находившихся с синдромом ангины на лечении в РКИБ, показал, что основной процент составили дети со скарлатиной (33,3%) и фолликулярной ангиной (30,9%), также были выявлены больные с лакунарной ангиной, герпетической ангиной и инфекционным

мононуклеозом (рис. 1.).

Больные дети, в основном, поступали в стационар в первые три дня от начала болезни (63,9%).

В процессе изучения эпидемиологического анамнеза было установлено, что контакт с инфекционным больным был у 40,5% больных детей, в 33,3% случаев заболевание ребенка родители связывали с переохлаждением.

Сезонность развития инфекционного заболевания, сопровождающегося синдромом пневмококковой ангины, среди наблюдаемых нами детей, отмечалась больше в весенний (64,3%) и осенний периоды (16,7%).

Почти каждый 3-й наблюдаемый нами ребенок с синдромом ангины, вызванной *Streptococcus pneumoniae* получал антибактериальную терапию на догоспитальном этапе (30,9%).

У 57,1% детей основное заболевание протекало в тяжелой форме. Начало заболевания, как правило, было острым, с выраженными симптомами интоксикации. Максимальная температура тела в среднем составляла $38,9 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$, а продолжительность лихорадочного периода была $3,8 \pm 0,7$ дней. При анализе симптомов болезни на фоне синдрома

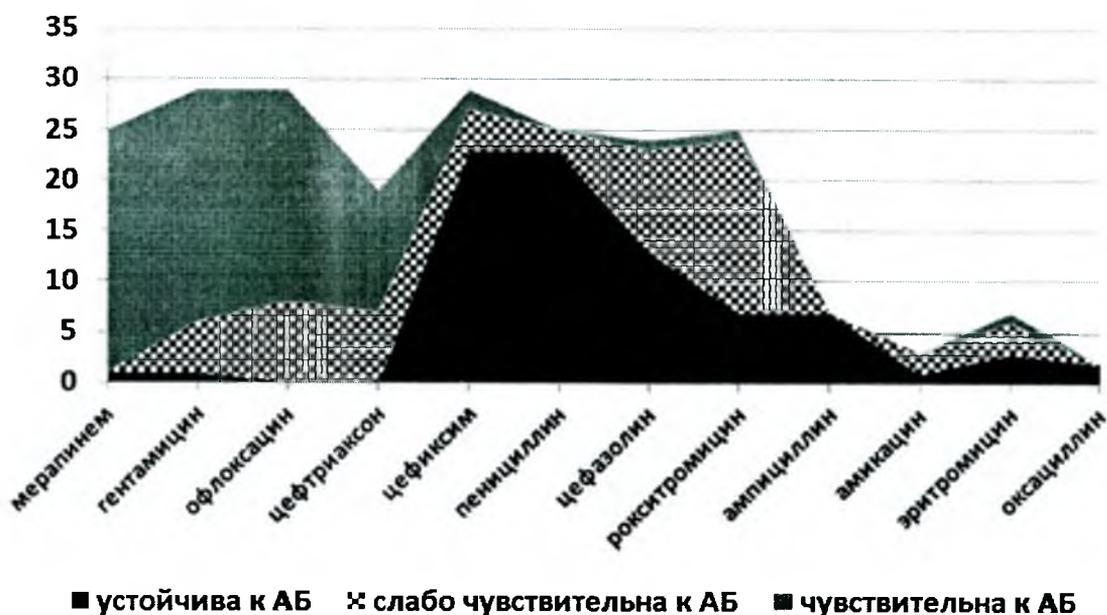


Рис.3. Чувствительность *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам

пневмококковой ангины у 69,1% детей при поступлении отмечался гнойный налет на небных миндалинах, который легко снимался, поверхность слизистой не кровоточила, в 28,6% случаев отмечался неприятный гнилостный запах изо рта. В 40,5% случаев пневмококковая ангина проявлялась выраженными симптомами интоксикации, а также увеличением групп подчелюстных (69,0%) и переднешейных (30,9%) лимфатических узлов.

При лабораторном исследовании общего анализа крови, у наблюдаемых нами больных детей с синдромом пневмококковой ангины был отмечен лейкоцитоз с нейтрофилезом в 23,8% случаев, а также ускоренное СОЭ – в 21,4% случаев. Картина крови остальных детей была представлена лейкопенией с лимфоцитозом или нормоцитозом, что было вероятно связано с тем, что у больных отмечалось сочетание бактериальной (пневмококковой) инфекции ротоглотки с клиникой герпетической ангины или инфекционного мононуклеоза. Также, в 21,4% случаев из ротоглотки, при бактериологическом посеве мазков, были выделены грибы рода *Candida*.

Спектр антибиотиков, используемых для лечения острых инфекционных заболеваний, сопровождающихся развитием синдрома пневмококковой ангины, широко варьировал

(рис.2). Средняя продолжительность антибактериальной терапии в стационаре составила $5,3 \pm 1,2$ дня.

Была также изучена чувствительность микрофлоры ротоглотки у детей с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися синдромом пневмококковой ангины, к группе антибактериальных препаратов (рис.3).

В результате полученных данных было установлено, что наибольшая чувствительность *Streptococcus pneumoniae* была отмечена к таким антибактериальным препаратам, как ципрофлоксацин, меропинем, гентамицин, офлоксацин и цефтриаксон, в тоже время отмечена повышенная устойчивость возбудителя к пенициллину, цефазолину, ампициллину и эритромицину. В связи с этим возникает необходимость в пересмотре используемых в стационарах наименований антибактериальной терапии.

С целью дезинтоксикации, помимо антибактериальных препаратов, в лечении больных проводилась и инфузионная терапия (90,5%). В основном применялись такие растворы, как раствор глюкозы 10%, раствор Рингера, а также физиологический раствор. Кроме того, 16,7% больных в комплексе лечения получили кортикостероиды.

Количество койко-дней, проведенных больными в стационаре составило $5,7 \pm 1,2$ дней.

Выводы:

Среди инфекционных больных с синдромом ангины, вызванной *Streptococcus pneumoniae*, преобладали (76,1%) дети дошкольного возраста, жители города (80,9%).

Синдром ангины (*Streptococcus pneumoniae*) чаще наблюдали у больных скарлатиной (33,3%), фолликулярной (30,9%) и лакунарной ангиной.

Основное острое инфекционное заболевание протекало у 57,1% детей в тяжелой форме, с выраженными симптомами интоксикации (40,5%) в течение $3,8 \pm 0,7$ дней, а также увеличением групп подчелюстных (69,0%) и переднешейных (30,9%) лимфатических узлов.

Изучение чувствительности *Streptococcus pneumoniae* у детей с инфекционными заболеваниями, сопровождающимися синдромом ангины, к группе антибактериальных препаратов требует пересмотра используемых в стационарах наименований антибактериальных препаратов.

Литература:

1. Мартынов А.В. Эпидемиологическая значимость инвазивных форм пневмококковой инфекции // Казанский медицинский журнал, 2007, – том 88, - №3, – С.294-295.
2. Грекова А.И., Якунина В.А., Смолянкин и др. Особенности стрептококковой инфекции у детей. Журнал инфектологии. Санкт-Петербург, 2009, – том 1, - №2, – С. 24-25.
3. Балясинская Г.Л., Борисова Е.М. Инфекционно-воспалительные заболевания ЛОР-органов у детей раннего возраста. Журнал инфектологии. Санкт-Петербург, 2009, – том 1, - №2, – С. 10-12.
4. Cooper A.J., Scott M.F., Rollnik S.A. Диагностика и подходы к лечению при инфекционном воспалении глотки. / Вестник отоларингологии, 2008, - №5, – С.57-58.
5. Крюков А.И., Товмасын А.С., Антонова Н.А. и др. Роль бактериологического исследования в диагностике хронического тонзиллита. // Вестник отоларингологии, 2008. - №3. – С.35-38.

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Шекера И.О.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии,
Национальной Академии Медицинских Наук Украины,
Киев, Украина

Резюме: В статье представлены некоторые аспекты гормонального статуса, психоэмоционального состояния беременных с доброкачественными дисплазиями молочных желез в третьем триместре беременности и их влияние на течение беременности, лактации у данной категории женщин.

Ключевые слова: беременность, доброкачественные дисплазии молочных желез (фиброзно-кистозная мастопатия), гормоны, осложнения, лактация, молочные железы.

GROUND OF NECESSITY OF CORRECTION OF VIOLATIONS OF LACTATION FOR WOMEN WITH BENIGN MAMMARY DYSPLASIA

Shekera I.O.

Institute of pediatrics,
obstetrics and gynecology of National academy of medical sciences of Ukraine,
Kiev, Ukraine

Summary: In article some aspects of the hormonal status, psychoemotional condition of pregnant women with benign mammary dysplasia in third term of pregnancy and their influence on a pregnancy current, lactation of this women are presented.

Key words: pregnancy, benign mammary dysplasia (fibrocystic mastopathy), hormones, pregnancy complications, lactation, breast.

Доброкачественные дисплазии молочных желез (ДДМЖ, мастопатия, фиброзно-кистозная болезнь молочных желез) – одно из наиболее распространенных заболеваний у женщин. Частота данной патологии в популяции составляет около 30-40%, а среди женщин с гинекологической патологией — 58-80% [4, 5].

ДДМЖ относят к гормонозависимым заболеваниям, которые протекают на фоне гормонального дисбаланса у женщины. В её этиологии и патогенезе значительная роль отводится гормональным нарушениям, а именно: дисбалансу половых гормонов, увеличению соотношения эстрогены/прогестерон, гиперпролактинемии, дисбалансу гормонов щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы, повышению уровня простагландинов, – а также нарушениям психоэмоционального статуса, генитальной и экстрагенитальной патологиям, наследственной предрасположенности и др. [1, 3, 4, 6, 9, 11]. Ключевым в понимании основных изменений в молочных железах является влияние определенных гормонов на этот орган в разные периоды жизни женщины. Особое значение это имеет в период

беременности и лактации, т.к. известно, что среди женщин репродуктивного возраста (25-49 лет) частота доброкачественных дисплазий молочных желез наибольшая и, по данным разных авторов, составляет от 29 до 92% [7, 8, 9, 10]. Гормональный статус беременных женщин значительно меняется, что необходимо для физиологического течения самой беременности, а также для подготовки молочных желез к лактации [2, 12]. Собственно одним из основных регулирующих механизмов процесса лактации также является гормональный. Поэтому мы считаем необходимым обратить внимание на данную патологию у беременных и, соответственно, особенности течения лактации у этой категории женщин, поскольку отказ от грудного вскармливания неблагоприятно сказывается на развитии и здоровье детей. К тому же, беременность, роды и послеродовая лактация снижают риск развития злокачественных процессов в молочных железах, что особенно важно при наличии уже имеющейся дисплазии.

Согласно архивным данным клиник ГУ «ИПАГ НАМН Украины» за 2001-2006 гг., частота ДДМЖ у беременных составляет 12-18%,

Показатели гормонального баланса беременных женщин с/без ДДМЖ в III триместре беременности

Группа	n	Значение гормонального показателя			
		Э2, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л	ПРЛ, нг/мл	Кортизол, нмоль/л
Первая	33	59,1±4,0	536,2±51,4	325,9±21,5	872,1±32,4
Вторая	12	51,5±1,5	535,6±57,5	229,6±38,2	767,0±87,0

по данным отделения патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ НАМН Украины» за 2007-2009 гг. – 65,5% [1].

На сегодняшний день наиболее частым нарушением функции молочных желез в послеродовом периоде является недостаточность секреции молока [6, 13]. В литературных источниках приводятся данные, согласно которым частота женщин с нарушением лактации составляет 50-60%, а по данным других авторов – до 80% от числа матерей, кормящих грудью [6, 12, 13]. Число детей, находящихся на грудном вскармливании до трёхмесячного возраста, составляет 45-55%, до шести месяцев жизни – 22-30%, до года – только 14% [6, 11]. Согласно резолюции Ассамблеи ВОЗ и ЮНИСЕФ, всем странам, входящим в состав ВОЗ, рекомендуется внедрение исключительно грудного вскармливания детей в рамках инициативы «Больница, доброжелательная к ребёнку» (1992) [2, 11].

Таким образом, несмотря на наличие научных работ, посвященных изучению течения ДДМЖ у женщин с гинекологическими заболеваниями, эта проблема остается малоизученной и потому - актуальной в разделе «ДДМЖ и беременность» в аспекте увеличения числа беременных с этой патологией.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование и изучение психоэмоционального состояния женщин. В III триместре беременности и в послеродовом периоде (через 3 месяца после родов) обследовано 45 женщин. Среди них: 33 женщины основной группы — с ДДМЖ (пациентки отделения патологии беременности и родов Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины); 12 пациенток контрольной группы - здоровые женщины. Средний возраст пациенток основной группы составил 28,9±0,8 лет, контрольной – 27,8±0,9

лет. По данным соматического анамнеза группы были репрезентативными.

Гормональные показатели (эстрадиол – Э2; прогестерон – ПР; пролактин – ПРЛ; кортизол) определяли в сыворотке крови женщин радиоиммунологическим методом с использованием диагностических тест-систем производства фирмы ГДП ИБОХ НАНБ (Беларусь) в динамике беременности. Психоэмоциональное состояние женщин было изучено на основании определения индекса стрессоустойчивости.

Результаты обследования и их обсуждения. У женщин с ДДМЖ имела место тенденция к повышению уровней эстрадиола, пролактина и кортизола в сыворотке крови, определение уровня прогестерона в крови было недостаточно информативным.

Так, в III триместре беременности в основной группе в преимущественном числе наблюдений имела место тенденция к гиперэстрогении, особенно при фиброзно-кистозной форме ДДМЖ (табл. 1). В III триместре эти показатели составляли в 1 и 2 группах соответственно 59,1±4,0 нмоль/л, 51,5±1,5 нмоль/л.

Концентрация прогестерона у женщин с ДДМЖ мало отличалась от показателей женщин контрольной группы. Очевидно это было связано с тем, что все женщины основной группы в связи с наличием угрозы прерывания беременности или преждевременных родов еще до госпитализации в отделение патологии беременности и родов ГУ «ИПАГ НАМН Украины» принимали назначенные им препараты прогестеронового ряда, поэтому определение содержания прогестерона было неинформативным.

В то же время, существенные нарушения были определены в показателях концентрации пролактина в крови беременных основной группы относительно показателей женщин контрольной группы (табл. 1). Причем концентрация ПРЛ в крови в III триместре

беременности увеличивалась относительно таковой в контрольной группе на 41,9%.

В уровне кортизола также наблюдалась определенная тенденция к его повышению в крови в сравнении с контрольной группой (табл. 1).

Через 3 месяца после родов наблюдалось достоверное повышение концентрации эстрадиола в крови женщин с доброкачественными дисплазиями молочных желез, что может негативно влиять на процессы лактации у этого контингента женщин и способствовать развитию гипогалактии, поскольку известна тормозящая роль эстрогенов в секреции молока. Тенденция к снижению концентрации пролактина, наблюдавшаяся у женщин основной группы, может также потенциально способствовать развитию гипогалактии. С другой стороны, гиперэстрогения у женщин с ДДМЖ повышает риск прогрессирования патологии молочных желез.

Течение беременности у женщин основной группы отличалось от контрольной группы. Гормональные сдвиги, присущие женщинам с ДДМЖ, способствовали увеличению у них частоты акушерской патологии. Наиболее частым осложнением у основной группы во всех сроках беременности была угроза прерывания беременности (84,6%), Также среди осложнений течения беременности наблюдались: угроза преждевременных родов (50,1%), ранний гестоз (46,1%), дистресс плода разной степени выраженности (41,6%), анемия (33,3%), многоводие (25%).

У женщин с мастопатией нарушение лактации по сравнению с женщинами без патологии молочных желез отмечалось чаще, а именно, уменьшение количества молока (гипо-, агалактия) были отмечены у 23,8% женщин основной группы, в контрольной группе данный показатель составил 9%.

Индекс стрессоустойчивости у них по сравнению с контрольной группой снижен, что проявляется высоким уровнем актуальной тревоги и низким уровнем функциональных возможностей психической адаптации.

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследований и представления о

течении беременности и лактации у женщин с ДДМЖ свидетельствуют о необходимости выделения их в группу риска по возникновению нарушений лактации; необходимости обязательного проведения диагностических и лечебно-профилактических мер с учетом их психоэмоционального состояния в целях раннего выявления и коррекции нарушений, поскольку нормализация гормонального баланса будет способствовать снижению частоты акушерских осложнений и обеспечит формирование полноценной лактации у данного контингента беременных.

Литература:

1. Жабченко І.А. Фіброзно-кістозна хвороба молочних залоз і вагітність: методичні рекомендації / І.А.Жабченко, З.Б.Хомінська, О.І.Буткова, О.М.Бондаренко, Н. Я.Скрипченко, Г.Є.Яремко // ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України». – 2010, – С.20.

2. Корсунский А.А. Участие стационаров в инициативе „Больница, доброжелательная к ребёнку” в России. Организационные аспекты / А.А.Корсунский, Л.В.Абольян, В.Ф.Кириченко // Детская больница. – 2001, - №3 (5), – С.8-14.

3. Татарчук Т.Ф. Мастодиния в структуре предменструальных нарушений / Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сольский, О.А. Ефименко и др. // Здоровье женщины. — 2006, — 1 (25), — С. 116-118.

4. Чайка В.К. Лечение дисгормональных заболеваний молочных желез с позиции эндокринной гинекологии / В.К. Чайка, М.Ю. Сергиенко, Л.В. Желтоноженко // Международный эндокринологический журнал. - №5 (11). - 2007.

5. Ласачко С.А. Комплексный подход к ведению пациенток с гинекологическими заболеваниями опухолевыми и дисгормональными процессами молочных желез / С.А. Ласачко, В.П. Квашенко, М.Ю. Сергиенко // Зб. наук. праць Асоц. акушерів-гінекологів. — К.: Інтермед, 2006, — С. 373-375.

6. Шаталова М.В. Профилактика и лечение нарушений лактации у женщин с невынашиванием беременности и фетоплацентарной недостаточностью: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.01 / Шаталова Марина Витальевна. – К. : 2005, – 130с.

7. Рось Н.В. Дисгормональные гиперплазии молочных желез: Молочная железа: рак и предраковые заболевания / Н. В. Рось, В. И. Тарутинов [под ред. В. И. Тарутинова]. – К.: Полиграфист, 2006, – С. 53-80.
8. Серов В.Н. Доброкачественные заболевания молочных желез: Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова. – М.: МЕДпрессинформ, 2006, – 2-е издание. – С.335-380.
9. Татарчук Т.Ф. Лечение циклической мастодинии у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией Т.Ф.Татарчук, О.А.Ефименко // Здоровье женщины. – 2007, - № 3 (31). – С. 87-90.
10. Хомінська З.Б. Взаємозв'язок вмісту факторів росту та гормональних показників у крові вагітних із фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз / З.Б. Хомінська, І.А. Жабченко // Здоровье женщины. – 2010, - № 5 (51), – С. 94-96.
11. Радзинский В.Е. Молочные железы и гинекологические болезни. / (под ред. В.Е. Радзинского) В.Е. Радзинский, И.М. Ордиянц, Л.Х. Хасханова, Л.Р. Токтар, В.И. Зубкин // - Москва, 2010, – 304с., илл. (С. 73-106).
12. Хаща І.І. Прогнозування та профілактика порушень лактації у жінок групи ризику: дис. ... доктора мед. наук: 14.01.01 / Хаща Іван Іванович. – К. : 2006, – 314 с.
13. Гутикова Л.В. Превентивное лечение прогнозируемых нарушений лактационной функции / Л.В. Гутикова, А.Р. Плоцкий, В.А. Лискович, Л.Н. Кеда // Акушерство и гинекология. - 2007, - №2, - С. 36-39.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕСКРИПТИВНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ С АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Шекера О. О.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца (г. Киев)

Резюме. В статье представлены причины и результаты изучения пародонтологического статуса беременных с акушерской патологией. Выявлена высокая распространенность заболеваний пародонта у разных категорий беременных. Отмечен ее рост с увеличением срока беременности, максимальный – в конце II триместра.

Ключевые слова: заболевания пародонта, индексная оценка, беременность, акушерская патология.

DESCRIPTIVE EPIDEMIOLOGY OF PARODONTAL DISEASES IN PREGNANT WITH OBSTETRIC PATHOLOGY

Shekera O.O.

Resume. In the article the reasons and the results of investigation of periodontal diseases in pregnant with obstetric pathology were presented. The high prevalence of periodontal diseases in different categories of pregnant was revealed. The increasing of periodontal diseases prevalence with increasing the term of pregnancy was noted with maximum at the end of II trimester.

Keywords: parodontal diseases, index evaluation, pregnancy, obstetric pathology.

Наличие у беременной очагов инфекции (в частности заболеваний пародонта) является фактором риска для развития патологических состояний плода и новорожденного [4]. Во время беременности отмечен рост распространенности и изменение структуры заболеваний пародонта, особенно в случае патологического течения беременности. Это определяет высокую социальную и медицинскую актуальность их своевременной диагностики, профилактики и лечения.

Целью данного исследования было изучение некоторых аспектов дескриптивной эпидемиологии [5] заболеваний пародонта у беременных с акушерской патологией: их классификация, распространенность и индексное изучение состояния тканей пародонта и гигиены полости рта.

Материалы и методы обследования. При проведении исследования было обследовано 131 женщина в возрасте от 18 до 42 лет. Основную группу составили 101 беременная с акушерской патологией: пациентки отделения патологии беременности и родов Института педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины (г. Киев). Группу сравнения составили 30 женщин контрольной группы – беременные с физиологическим течением беременности.

Для оценки гигиенического состояния тканей пародонта были использованы: индекс Федорова-Володкиной и упрощенный индекс

Грин-Вермильона (ОНИ-S). Степень воспаления десны определяли с помощью индекса РМА по Парма. Состояние тканей пародонта изучали с использованием комплексного пародонтального индекса (КПИ) ММСI (1987) и индекса СРITN [1].

Результаты исследования. Результаты клинических исследований выявили значительную распространенность заболеваний тканей пародонта у беременных и продемонстрировали четкую зависимость их распространенности и интенсивности от характера течения беременности и ее срока.

II триместр беременности был периодом повышенного риска возникновения и развития заболеваний пародонта, что наблюдалось у 97,37% беременных с акушерской патологией на фоне нарушенного гормонального фона и у 100% женщин с физиологическим течением беременности.

Структурно независимо от течения и срока беременности обнаружена высокая частота хронического катарального гингивита: у 86,84% беременных II триместра основной и в 80% беременных контрольной групп. Процент пациенток с генерализованным пародонтитом соответственно составлял 10,53% и 20%.

Индексное изучение гигиены полости рта по ОНИ-S у обследованных основной группы показало: рост процента пациенток с неудовлетворительной гигиеной с отягощенным

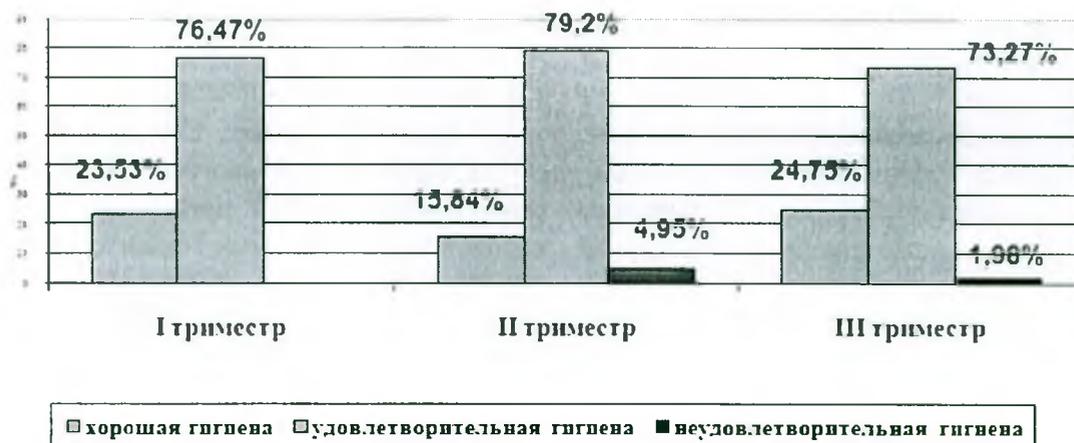


Рис. 1. Состояние гигиены полости рта у женщин с акушерской патологией в зависимости от срока беременности согласно индексу Грина-Вермильона.



Рис. 2. Состояние гигиены полости рта у женщин с акушерской патологией в зависимости от срока беременности согласно индексу Федорова-Володкиной.

пародонтологическим статусом. Так, у беременных с генерализованным пародонтитом эта цифра составила 30,77%. При этом, гигиеническое состояние полости рта по ОНI-S был наихудшим среди беременных II триместра: удовлетворительная гигиена у 79,2% женщин, а хорошая – лишь у 15,84% (рис. 1).

Относительно наихудшее состояние гигиены согласно индексу Федорова-Володкиной наблюдалось у беременных I триместра: хорошая гигиена в I триместре выявлена у 47,05% женщин, во II – у 53,47%, а в III – у 49,5% беременных (рис. 2).

Результаты анкетного опроса беременных показали: лишь 68,7% женщин осведомлены относительно важности правильного ухода за полостью рта; выбор зубных щеток и паст преимущественно осуществлялся самостоятельно с помощью рекламы, и не отвечал потребностям стоматологического статуса; у 64,88% женщин зубные щетки имели неудовлетворительное состояние щетины из-за длительного использования; опрошенные женщины для чистки зубов использовали в 69,47% случаев гигиенические зубные пасты, в 30,53% – лечебно-профилактические пасты

противокариозного действия; ни одна из обследованных не использовала вспомогательные гигиенические средства.

Определение интенсивности воспаления десны показало, что средние значения индекса РМА среди обследованных беременных контрольной группы II триместра с диагнозами хронический катаральный гингивит и генерализованный пародонтит представляли $59,06 \pm 2,89\%$ и $81,98 \pm 3,98\%$ ($p < 0,05$) соответственно, что достоверно выше их значений среди беременных с акушерской патологией II триместра ($43,95 \pm 3,69\%$ и $65,71 \pm 3,78\%$ ($p < 0,05$)). Наивысшие показатели индекса РМА, отвечающие тяжелой степени, отмечены во II триместре у 39,6% женщин, тогда как критерий «отсутствие патологии» – вообще не наблюдался, а в I и III – составлял 11,8% и 3,96% соответственно. У пациенток II триместра основной группы на фоне удовлетворительной гигиены – хуже, чем в контрольной группе (при генерализованном пародонтите индекс Федорова-Володкиной в основной группе составлял $2,03 \pm 0,34$ ($p < 0,01$), а в контрольной – $1,86 \pm 0,11$; при хроническом катаральном гингивите эти цифры соответственно составили $1,76 \pm 0,17$ и $1,77 \pm 0,13$ ($p < 0,01$)), – интенсивность воспаления десен согласно индекса РМА была легче: у пациенток основной группы с хроническим катаральным гингивитом индекс РМА – $49,41 \pm 3,0\%$ ($p < 0,05$), а в контрольной – $63,25 \pm 3,86\%$. При генерализованном пародонтите, эти цифры соответственно составили $78,57 \pm 3,78\%$ и $81,98 \pm 3,98\%$ ($p < 0,05$). Гормонально у большинства пациенток наблюдали прогестероновую недостаточность на фоне преимущественно физиологического или повышенного уровня эстрогенов.

Тяжесть пародонтологического статуса по данным индекса КПИ также росла с увеличением срока беременности: во II триместре наблюдали наибольшее число пациенток со средней (15,84%) и тяжелой (3,96%) степенями воспалительного процесса в тканях пародонта. Индекс КПИ был выше у больных контрольной группы сравнительно основной. Так, у беременных II триместра контрольной группы с хроническим катаральным гингивитом значения индекса

составили $2,12 \pm 0,15$, а с генерализованным пародонтитом – $2,92 \pm 0,26$ ($p < 0,05$), тогда как у женщин основной группы соответственно $1,52 \pm 0,14$ и $2,73 \pm 0,25$ ($p < 0,05$).

Значение индекса СРITN у беременных с акушерской патологией показало, что распространенность признаков поражения пародонта у беременных I триместра составила 82,35%, II триместра – 98,02%, а III – 94,06% при интенсивности признаков поражения пародонта соответственно $2,71 \pm 0,13$, $4,02 \pm 0,20$ и $3,76 \pm 0,19$ секстанта. С увеличением срока беременности количество здоровых секстантов снижалось, и среди пациенток II триместра имело наименьшее значение: у беременных основной группы I триместра – $3,29 \pm 0,22$, а II – $1,98 \pm 0,16$. Начиная с 28 недели беременности, количество здоровых секстантов понемногу росло, оставаясь ниже аналогичного у пациенток I триместра – $2,24 \pm 0,21$ секстанта.

Выводы. Клиническое изучение состояния тканей пародонта у беременных свидетельствует, что течение заболеваний пародонта тесно связано со сроком беременности, ее течением (гормональным статусом) и гигиеной полости рта. Распространенность заболеваний пародонта росла с увеличением срока беременности, достигая максимального уровня в конце II триместра.

Результаты опроса и изучения гигиенических индексов полости рта у беременных показали недостаточный уровень знаний и навыков относительно индивидуальной гигиены полости рта.

Одной из причин, по нашему мнению, низкой гигиены полости рта у беременных I и II триместров можно считать их психологическое состояние. Беременность сопровождают биологические и нейроэндокринные изменения, которые оказывают глубокое психологическое влияние на будущих матерей (синдром беременности по Спилбергеру и Джейкобсу [3]) и характеризуются симптомом эмоциональной лабильности, который проявляется колебаниями фона настроения (пассивность, депрессия и т.п.). На уровень тревожности беременной женщины кроме субъективных факторов влияют и объективные факторы (состояние

здоровья, течение беременности, предыдущий психотравмирующий опыт, возраст)[2]. Так, беременным с акушерской патологией характерен тревожный тип переживания беременности по Филипповой [6]. Эмоциональное состояние в I и II триместрах повышено тревожное или депрессивное, а в III наблюдают переход к адекватному типу тревожности по Филипповой, что по нашему мнению и, приводит к некоторому улучшению состояния гигиены полости рта.

Литература:

1. Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М. та ін. Захворювання пародонта. Підручник. – К.: Медицина, – 2008, – С. 616.
2. Гинзбург В.Г. Психоэмоциональное состояние с привычным невынашиванием // Зб. Наук. Праць Асоціації акушер-гінекологів України. – Київ, 2003, – С. 68-71
3. Карандашев В.Н., Лебедева М.С., Спилбергер Ч. Изучение оценочной тревожности:

руководство по использованию. – СПб: Речь, 2004, – С.80.

4. Корнієнко В.Г. Особливості адаптаційних реакцій організму вагітних при невиношуванні вагітності / В.Г. Корнієнко, В.І. Пирогова // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». – Часть III. – Том 143. – Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2007, – С. 129-131

5. Мюллер Х.П. Пародонтология. Науч. ред. изд. на русск. яз. Проф. А.М. Политун. Пер. с нем. - Львов: ГалДент, 2004, – 256 с., 241 рис., 33 табл.

6. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ ВЫКИДЫШИ: КЛИНИКО- МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Осмоналиева С.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика,

Резюме: В статье даны литературные сведения о частоте самопроизвольного выкидыша, причинах его возникновения и морфологии эндометрия.

Ключевые слова: самопроизвольный выкидыш, частота, этиология, эндометрий, морфология.

ОЗУНОН ОЗУ БОЙДОН ТУШУУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА МОРФОЛОГИЯЛЫК АСПЕКТТЕРИ

Осмоналиева С.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада озунон озу бойдон тушуунун кездешуусу, себеби жана эндометрийдin морфологиясы жонундо адабият маалыматтары берилди.

Негизги создор: Озунон озу бойдон тушуу, кездешуусу, себеп, эндометрий, морфология.

SPONTANEOUS ABORTION: CLINICOMORPHOLOGICAL ASPECTS

Osmonaliev S.T.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek Kyrgyz Republic

Summary: The data of spontaneous abortion frequency, its reasons and morphology of endometrium are presented in this article.

Key words: spontaneous abortion, frequency, etiology, endometrium, morphology.

Серьезным фактором, снижающим репродуктивный потенциал населения, является невынашивание беременности [1,10]. По клиническим проявлениям различают: угрожающий аборт, начавшийся аборт, аборт в ходу (полный, неполный) и неразвивающаяся беременность [13,18]. Классификация, принятая ВОЗ, объединила начавшийся аборт и аборт в ходу в одну группу (неизбежный аборт).

К числу наиболее актуальных проблем акушерства и гинекологии относится самопроизвольный выкидыш, который часто происходит в первом триместре, являясь самым частым осложнением беременности. Частота его, по данным разных авторов, составляет от 10% до 30% всех клинически диагностированных беременностей [10,13,38]. Около 50-80% этих потерь происходит до 12 недель беременности и, кроме того, все исследователи отмечают в последние годы рост самопроизвольных выкидышей [20,22,28].

Несмотря на то, что первые упоминания

в научной литературе, посвященные проблеме неразвивающейся беременности, относятся к середине XIX века, когда в 1847 году П. Oldham (цит. по В.М. Сидельниковой) [18] впервые применил термин missed abortion (несостоявшиеся роды) для описания ситуации, когда имела место внутриутробная гибель плода без его элиминации из матки при сроке беременности более 6-7 месяцев (28 недель). Эта патология продолжает интересовать исследователей по сей день. Согласно Международной классификации болезней X пересмотра (1995 год), неразвивающаяся беременность имеет отдельный шифр и выделена в отдельную рубрику «Беременность с абортивным исходом».

Как утверждают многие исследователи, обилие возможных причин данного осложнения нередко требует значительных усилий в диагностическом поиске основных этиологических факторов и механизмов, без которых невозможно осуществление

эффективного лечения и профилактики [7,9,36].

Этиология самопроизвольных выкидышей разнообразна. Наиболее частыми их причинами на ранних сроках являются: генетические аномалии у зародыша, воспаление и гормональные нарушения у матери, инфекции, иммунные нарушения, пороки развития матки [2,4,5,8,12,24], авитаминоз и др.

Инфекционные причины прерывания беременности остаются ведущими в структуре невынашивания беременности [6,14]. Безусловными патогенами являются вирусы краснухи, простого герпеса, цитомегаловирусы, трепонемы, микобактерии, хламидии, токсоплазмы. Нередко самопроизвольный выкидыш является следствием не одной, а нескольких причин, действующих одновременно или последовательно. Мультифакторность самопроизвольного прерывания беременности прослеживается при исследовании влияния хронических персистирующих вирусных инфекций на эмбриогенез. У 75-85% пациенток с невынашиванием беременности персистируют цитомегаловирусы и вирусы простого герпеса, у 26,7% пациенток с прерыванием беременности по типу неразвивающейся выявлена персистенция условно-патогенной микрофлоры в эндометрии [3,13,29].

Кобицкая Е.Л. [10] на основании выполненных исследований указывает, что ведущими факторами, влияющими на вынашивание беременности являются: место локализации зародыша и уровень половых стероидов и пролактина в сыворотке крови, поэтому в ранние сроки необходимо выполнить УЗИ с целью уточнения расположения зародыша в полости матки, и если зародыш на передней стенке матки, то нужно определять в динамике сывороточные уровни прогестерона, пролактина, эстрадиола и провести своевременную коррекцию гормональных нарушений.

Радзинский В.Е. [15], Рачкова О.В. и Кузнецов Р.А. [16] указывают, что в генезе привычного невынашивания беременности немаловажную роль играют противовоспалительные цитокины, обосновывая это положение результатами морфологических исследований эндометрия.

В настоящее время накоплены сведения, указывающие на важную роль хронического воспаления эндометрия в развитии самопроизвольного выкидыша и невынашивания беременности [12,13]. Это положение находит подтверждение в том, что прогрессирующее нарушение эмбрионально-хориального кровообращения, наряду с инволюционными изменениями ворсин хориона, развивается на исходно пораженном эндометрии (хронический эндометрит, вирусная инфекция). Следовательно, хроническое воспаление является важной составляющей в патогенезе самопроизвольного выкидыша [3,13,15].

Среди причин самопроизвольных выкидышей большой удельный вес занимают эндокринные нарушения, это нарушение функции яичников в результате их недоразвития [21,39], функции коры надпочечников [16], щитовидной железы [18] и др.

Однако, по данным ряда авторов в 25-66% случаев причину самопроизвольных выкидышей установить не удается [34,36].

В процессе клинической диагностики этиологии ранних самопроизвольных выкидышей существенная роль отводится патоморфологическому исследованию элементов плодного пузыря и эндометрия [7,8,25]. При гистологическом исследовании выявляются признаки, характерные для инфекционного поражения. Воспалительная инфильтрация имеет полиморфный характер. При вирусном поражении воспалительные изменения преобладают в децидуальной оболочке и сочетаются с острыми циркуляторными нарушениями [19], в то время как при бактериальном – воспалительные изменения обнаруживаются в амнионе, хориальной пластике, межворсинчатом пространстве [13,35]. Однако возможности патоморфологического анализа соскобов из полости матки пока ограничены, так как не разработаны четкие критерии диагностики цитогенетических, эндокринных, иммунологических и других причин ранних спонтанных абортов [11,17,30,31,32].

Принимая во внимание полиэтиологичность невынашивания беременности, обследование пациенток должно

быть направлено на выявление основного (доминирующего) фактора, обусловившего спонтанный аборт. Поэтому, как утверждает ряд авторов [26,37,39], его надо начинать с гистологического изучения материала соскоба из полости матки при всех неудачно завершившихся беременностях. Вместе с тем возможности определения патогенеза самопроизвольного выкидыша на основании исследования соскоба эндометрия ограничены, поскольку не разработаны методологические критерии диагностики различных причин прерывания беременности, на что обращают внимание многие исследователи [19,29,34].

Многочисленными исследованиями установлена зависимость частоты наступления и вынашивания беременности с состоянием эндометрия [3,13,27,28] и этому вопросу в литературе уделено еще недостаточно внимания, а между тем исследование роли эндометрия в формировании репродуктивных потерь имеет первостепенное значение.

Воронина С.Г. [6], исследуя абортный материал и прилежащий эндометрий при ранних и поздних самопроизвольных выкидышах, во всех наблюдениях обнаружила признаки инфекционно-воспалительного процесса. По ее данным, через 3-4 месяца после самопроизвольного аборта у всех пациенток выявляется хронический эндометрит различной степени активности. При этом автор отметила, что морфофункциональные особенности эндометрия зависят от характера микробных патогенов, степени активности хронического воспаления, количества самопроизвольных выкидышей.

Как отмечают ряд исследователей [12,18,28,29], дифференциально-диагностическими признаками этиологических факторов самопроизвольных абортов являются: развитие ворсин хориона, ангиогенез, отек ворсин, развитие цитотрофобласта и распределение его вокруг ворсин, форма и расположение желез в эндометрии, степень децидуализации, нарушение соотношения удельного веса структурных элементов, наличие признаков дезорганизации соединительной ткани и их локализация, степень и локализация

экспрессии маркера HSNA, цитокератина С8.

Курашвили Л.Р., Нестерев Н.Н. [13] представили морфологическую верификацию возможных причин ранних самопроизвольных выкидышей. При исследовании соскобов из полости матки авторы выделили 5 основных морфологических изменений: I тип характеризовался диффузной лейкоцитарной инфильтрацией; II тип отличался наличием в gravidарном эндометрии очагов незавершенной децидуальной трансформации стромы, отсутствием контуров желез эндометрия; III тип – это сочетание морфологических изменений, описанных в двух первых группах; IV тип – десквамативно-продуктивный интерцеллюлит с наличием большого количества лимфоцитов; V тип – децидуальная ткань, ворсины хориона и gravidарный эндотелий без видимых изменений. На основании выполненных исследований авторы указывают, что ранние самопроизвольные выкидыши чаще всего инфекционного генеза (69%) и реже выявляется недостаточность лютеиновой фазы цикла (18%).

Ряд исследователей придают большое значение реабилитации женщин после самопроизвольного прерывания беременности [23,33,35]. Так, О.В. Баллучных и В.В. Кочегаров [3] использовали магнитно-лазерную терапию и утверждают, что этот метод способствует более эффективной профилактике воспаления эндометрии после самопроизвольного аборта и оказывает положительное влияние на исходы последующих беременностей.

Таким образом, особая социальная значимость проблемы самопроизвольных абортов, высокая частота их развития, отсутствие четких диагностических критериев выявления их этиологических факторов определяют необходимость продолжения исследований. Решение этой актуальной задачи возможно только при комплексном морфологическом исследовании соскобов эндометрия и оболочек при спонтанном аборте с параллельным анализом клинических данных.

Литература

1. Аборт в первом триместре беременности
Под ред. Прешенской В.Н., Куземина А.А. – М.:

ГЭОГАР-Медиа, 2010, –С. 224.

2. Анастасьева В.Г. Морфофункциональные нарушения фето-плацентарного комплекса при плацентарной недостаточности: современные методы диагностики и лечения В.Г. Анастасьева. – Новосибирск, 1997, – С. 505.

3. Балмочных О.В. Магнитолазерная терапия в реабилитации женщин после раннего самопроизвольного выкидыша О.В. Балмочных, В.В. Кочегарова // Сб. статей Сибирского гос. мед. университета. – Томск, 2010, - № 3, – С. 30-32.

4. Березовский Ю.С. Иммунокомпетентные клетки в децидуальной ткани при нормальной беременности и раннем невынашивании Ю.С. Березовский // Архив патологии. – 2001, – Т. 63, № 4, – С. 44-48.

5. Беспалова О.Н. Оценка роли генетических факторов в привычном невынашивании беременности ранних сроков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.Н. Беспалова. – М., 2001, –С. 20.

6. Воронина Е.С. Морфологические изменения в эндометрии при самопроизвольных абортках, обусловленных различными причинами Е.С. Воронина // Сб. научн. тр. Саратовского ГМУ. – 2008, – С. 21-25.

7. Глуховец Б.И. Патоморфологическая диагностика ранних самопроизвольных выкидышей Б.И. Глуховец. – СПб., 1999, – С.96 .

8. Глуховец Б.И. Восходящие инфицирования фетоплацентарной системы Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – М.: МЕДпресс-информ, 2006, – С.239.

9. Запертова Е.Ю. Роль ряда цитокинов и интегринов в генезе привычного невынашивания беременности: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.Ю. Запертова. – М., 2005, – С.23.

10. Кобицкая Е.М. Клинико-цитологическая характеристика децидуализирующегося эндометрия при невынашивании беременности I триместра: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.М. Кобицкая. – М., 2004, –С. 21.

11. Кузнецов Р.А. Патоморфология первичной плацентарной недостаточности при ранних спонтанных абортках Р.А. Кузнецов, О.В. Рачкова, Л.П. Перетятко // Актуальные вопросы

педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2011, - № 2, – С. 193-195.

12. Кулаков В.И. К вопросу о патогенезе привычного выкидыша В.И. Кулаков, В.М. Сидельникова // Акушерство и гинекология. – 1996, - № 4, – С. 3-4.

13. Курашвили Л.Р. Структурные основы ранних самопроизвольных выкидышей Л.Р. Курашвили, Н.Н. Нестерев // Сб. тр. Кубанского гос. мед. университета. – 2008, – С. 171-173.

14. Невынашивание беременности, инфекция, врожденный иммунитет Под ред. Макарова О.В. – М.: ГЭОГАР-Медиа, 2007, – С.176.

15. Радзинский В.Е. Противовоспалительные цитокины и их роль в генезе первичного невынашивания беременности В.Е. Радзинский // Гинекология. – 2004, - № 6, – С. 6-12.

16. Рачкова О.В. Морфологическая характеристика ворсинчатого хориона при спонтанном абортке О.В. Рачкова, Р.А. Кузнецов // Материалы 91 научн.-практ. конф. молодых ученых ИвГМА. – Иваново, 2011, – С. 125-127.

17. Серова О.Ф. Генетические аспекты привычного невынашивания беременности О.Ф. Серова, Л.А. Жумило, С.А. Шаповаленко // Современные методы диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии / Сб. науч. тр. – 1999, – С. 152-153.

18. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности В.М. Сидельникова. – М.: Триада Х, 2005, – 304 с.

19. Уткин В.М. Морфологические проявления иммунных реакций в эндометрии при самопроизвольных выкидышах В.М. Уткин, Б.И. Глуховец, Ю.И. Ухов // Акушерство и гинекология. – 1989, - № 6, – С. 30-33.

20. Фокин Е.М. Спонтанные абортки Е.М. Фокин, Т.В. Фокина // Морфология. – 2000, – Т. 117, № 3, – С. 126-127.

21. Agarval S.K. Corpus luteum function and pregnancy rates witch clomiphene citrate therapy: comparison of human chorionic gonadotrophin-induced versus spontaneous ovulation S.K. Agarval // Hum. Reprod. – 1995. – Vol. 10, # 2. – P. 328-330.

22. Ancum W.M. Management of

spontaneous miscarriage in the first trimester, an example of putting informed shared decision making into practice W.M. Ancum // *BMJ*. – 2001, – Vol. 322, # 5. – P. 1343-1345.

23. Appleman L.L. Chorionic villus sampling for fetal karyotyping in missed abortion L.L. Appleman, J. Rozensaft // *Z. Prenat. Diagn.* – 1991, – Vol. 11, # 1. – P. 55-57.

24. Barth J.H. Investigations in the assessment and management of patients with hirsutism J.H. Barth // *Curr. Opin. Obstet. Gynec.* – 1997, – Vol. 9, # 3. – P. 187-189.

25. Baszak E. Clinical features of missed aborting E. Baszak, R. Sikorski // *Ginekol. Pol.* – 2001, – Vol. 72, # 12. – P. 1069-1072.

26. Bell S.C. Immunochemical detection and characterization of pregnancy associated endometrial alpha-globulins secreted by the human endometrium S.C. Bell, S. Patel // *J. Reprod. Fertil.* – 1995, – Vol. 74. – P. 261-263.

27. Beer A.E. Reproductive medicine program Finch University of Health Science / A.E. Beer, J. Kwak // *Chicago Medical School*, 2000, – 213 p.

28. Bolton A.E. Identification of placental proteins 14 as an immunosuppressive factor in human reproduction A.E. Bolton, K.J. Clough // *Lancet*, 1997, – Vol. 10., # 8533. – P. 593-595.

29. Brajenovic-Milic B. Chromosomal anomalies in abnormal human pregnancies / B. Brajenovic-Milic, O. Petrovic // *Fetal. Diagn. Ther.* – 1991, – Vol. 13, # 3. – P. 187-191.

30. Carp H.J. Genetic and immune factors in recurrent miscarriage H.J. Carp // *Book of abstracts. 17 European Congress of Obstetrics and Gynaecology.* – Prague, 2002, – P. 6-8.

31. Carp H.J. Hormones, cytokines and fetal anomalies in habitual abortion H.J. Carp, A.

Torchinsky // *Endocrinol.* – 2001, – # 6. – P. 472-483

32. Check J.H. Measurement of placental protein 14 (PP 14) not helpful in predicting infertility or spontaneous abortion J.H. Check, M.M. Vaze // *J. Fertil.* – 1993, – Vol. 38, # 1. – P. 34-36.

33. Cnattinius S. Caffeine intake and the risk of first trimester spontaneous abortion S. Cnattinius, L.B. Sinorello, Anneren // *N. Eng. J. Med.* – 2000, – Vol. 343, # 16. – P. 1839-1842.

34. Fazeleabas A.T. Modulation of the baboon (*Papio anubis*) uterine endometrium by chorionic gonadotrophs during the period of uterine receptivity. A.T. Fazeleabas, K.M. Donnelly // *Nat. Acad. Sci. USA.* – 1999, – Vol. 96, # 6. – P. 2543-2548.

35. Fedele L. Habitual abortion: endocrinological aspects L. Fedele, S. Bianchi // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* – 1995, – Vol. 7, # 5. – P. 351-356.

36. Kline J. Cigarette smoking and spontaneous abortion of known karyotype Precise data but uncertain inferences J. Kline, B. Levin, A. Kinney // *Am. J. Epidemiol.* – 1995, – Vol. 141, # 8. – P. 417-419.

37. Nuovo G. Histologic, infectious and molecular correlates of idiopathic spontaneous abortion and perinatal mortality Diagn. G. Nuovo, L. Cooper, D. Bartholomew // *Mol. Pathol.* – 2005, – Vol. 14, # 3. – P. 152-158.

38. Pereira C.C. Molecular detection of adenoassociated virus in cases of spontaneous and intentional abortion C.C. Pereira, L.B. de Freitas // *J. Med. Virol.* – 2010, – Vol. 82, # 10. – P. 1689-1693.

39. Taylor R.N. Effects of progestins and relaxin on glycodelin gene expressions in human endometrial cells R.N. Taylor, G.L. Vigne // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2000, – Vol. 182, # 4. – P. 841-847.